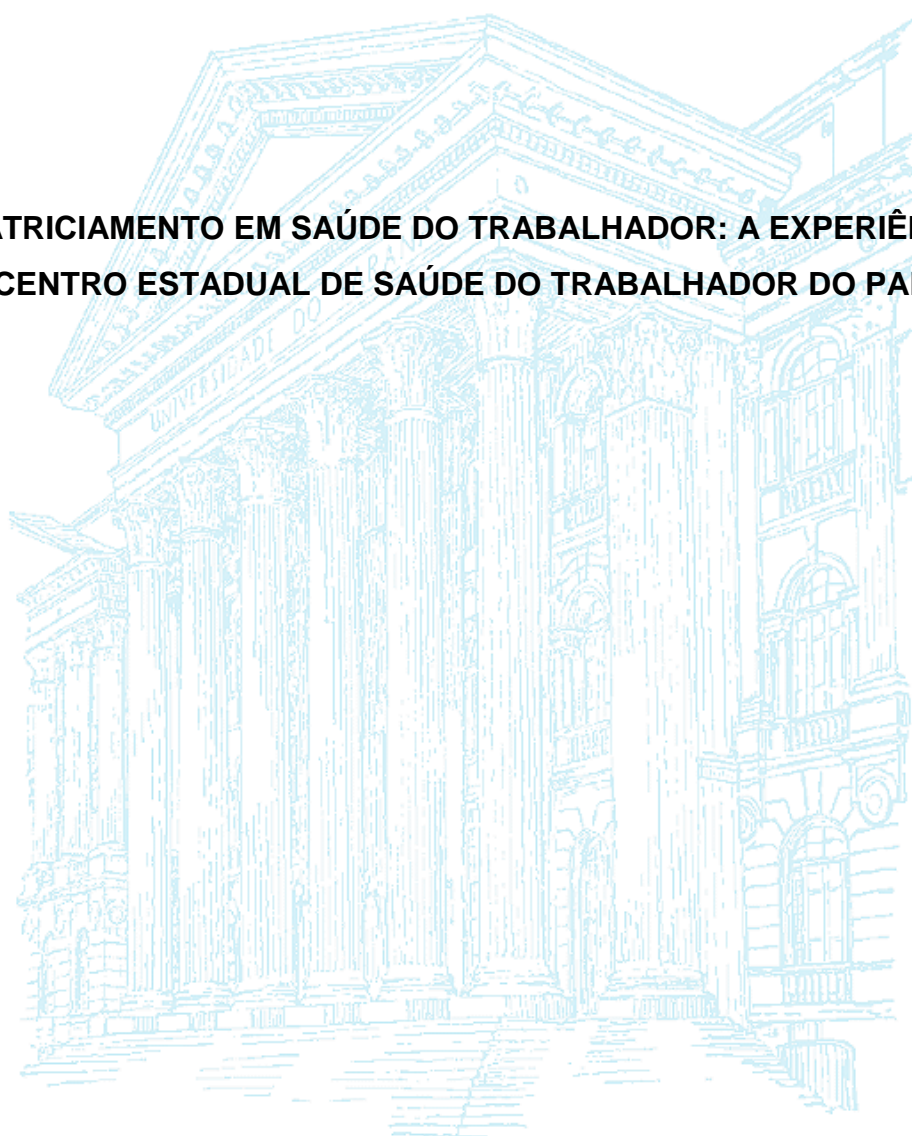


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO  
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ**



CURITIBA

2017

AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO  
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli.

Co-orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

CURITIBA

2017

N322

Navarro, Amanda de Paula Boni

Matriciamento em saúde do trabalhador: a experiência do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná / Amanda de Paula Boni Navarro. – Curitiba, 2017.

225 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

Co-orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Saúde do trabalhador. 2. Gestão em saúde. 3. Vigilância em saúde do trabalhador. I. Signorelli, Marcos Claudio. II. Albuquerque, III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 400



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em SAÚDE COLETIVA  
Código CAPES: 40001016103P7

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO**, intitulada: "**Matriciamento em Saúde do Trabalhador: a experiência do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

CURITIBA, 06 de Julho de 2017.

  
MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE  
Coorientador - Avaliador Interno (UFPR)

  
ROGERIO MIRANDA GOMES  
Avaliador Interno (UFPR)

  
ANA PAULA LOPES DOS SANTOS  
Avaliador Externo (UFF)

## RESUMO

Este estudo descritivo exploratório objetivou compreender as ações de Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, sob a perspectiva de quem apoia, de quem é apoiado e do gestor, refletindo sobre os desafios e potencialidades dessa estratégia de trabalho. Por meio de uma abordagem qualitativa e quantitativa, à luz da avaliação por triangulação de métodos, realizou-se entrevistas com o gestor e seis matriciadores do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador, somados a aplicação de formulário eletrônico a 28 matriciados, profissionais que compõem os 8 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Macro Regionais da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados mediante estatística descritiva, enquanto que os dados qualitativos foram transcritos, codificados, categorizados e analisados mediante análise do conteúdo, cotejando com aportes teóricos do campo da Saúde do Trabalhador e da gestão em Saúde Coletiva. Apresenta-se como resultados o material empírico agrupado em categorias analíticas em formato de três artigos produzidos a partir da pesquisa: 1 - Apoio Matricial e a Saúde do Trabalhador: Uma Revisão Integrativa; 2 - Apoio Matricial na Saúde do Trabalhador do Paraná: Implantação, Potencialidades e Dificuldades; 3 - Instrumentos de gestão da Saúde do Trabalhador no Paraná: Apoio Matricial e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (VIGIASUS). Compreendeu-se que este estudo discute, para além do Apoio Matricial, o processo de trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Paraná dentro do contexto da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Reflete-se que as atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador estão em discussão no contexto nacional e que o AM pode ser um importante instrumento de gestão das suas ações e aproximação com os demais pontos da rede de atenção do Sistema Único de Saúde, contudo, é preciso fortalecer suas equipes, tanto em termos de quantidade como em formação sobre os pressupostos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador e do Apoio Matricial. No contexto estudado, as potencialidades do Apoio Matricial foram evidenciadas por meio, principalmente, da relação dialógica entre matriciadores e matriciados, criando maior vínculo entre eles e apropriação das características dos territórios dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Macro Regionais do estado. Evidenciou-se também grande interface do Apoio Matricial com um dos programas prioritários da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, o VIGIASUS, como importante diretriz para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Gestão em Saúde; Apoio Matricial.



## ABSTRACT

This exploratory descriptive study aimed to understand the actions of the Matrix Support in Workers' Health within the Paraná's State Health Secretariat, investigating the perspective of the professionals who support this strategy and the professionals who are supported, as well as the manager of this strategy, reflecting about challenges and potentials revealed by them. We conducted a qualitative and quantitative approach, with triangulation of methods: interviews with the manager and six matrix supporters from the State Center of Worker's Health; electronic survey with 28 matrix supported professionals that compose the 8 Regional Macro Worker's Health Reference Centers in the Paraná's State Health Secretariat. Quantitative data were tabulated and analyzed through descriptive statistics, while qualitative data were transcribed, coded, categorized and analyzed through content analysis, discussing with theories from Worker's Health and Collective Health. The results were grouped into analytical categories organized in three different articles: 1 - Matrix Support and Worker's Health: An Integrative Review; 2 - Matrix Support in the Health of the Workers from Paraná: Implantation, Potentials and Difficulties; 3 - Worker's Health Management instruments in Paraná: Matrix Support and the Program for Qualification of Health Surveillance Actions (VIGIASUS). This study discussed the relations between the Matrix Support, the work process of the Referral Centers in Workers' Health in Paraná within the context of Workers' Health in the Brazilian Public Health System (SUS). We argue that Matrix Support can be an important instrument for managing actions and approaching the other levels of the Public Health Care network, however, it is necessary to strengthen its teams, both in terms of quantity as in training on the theoretical assumptions of the field of Worker's Health and Matrix Support. In this study, the potential of the Matrix Support was evidenced through the dialogical relationship between supporters and supported professionals, creating a greater link between them and the appropriation of the territories of the Workers' Macro-Regional Reference Centers of the state. We observed also a significant interface between the Matrix Support with VIGIASUS, conforming an important guideline for the development of Worker's Health actions.

**Key Words:** Workers health; Surveillance of the Workers Health; Health Manangement; Matrix Suport.

## DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores do Brasil !

"Os Candangos", escultura em homenagem aos trabalhadores que construíram Brasília.



FONTE: <http://www.nominuto.com/noticias/brasil/candangos-sinonimo-de-coragem-e-perseveranca/51066/>

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família, pelo apoio, auxílio e compreensão em momentos de ausência e em especial ao meu marido Paulo e minha filha Maria Manuela. Amo vocês.

Agradeço aos meus colegas de trabalho do CEST, aos meus colegas dos CEREST Macro Regionais e ao meu gestor pelo apoio e dicas.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli e co-orientador Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque pelo aprendizado e apoio ao processo de construção da pesquisa.

Agradeço aos professores da minha banca de qualificação, Prof. Dr. Rogério Miranda e Profa. Dra. Ana Paula Lopes dos Santos pelas contribuições.

Agradeço aos meus colegas do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPR, em especial a Natália, Patrícia, Vitória, Carolina, Gianna e Lilian, cuja convivência durante e após as aulas foi muito agradável e produtiva.

Agradeço a todos os demais amigos e profissionais que de forma indireta contribuíram para a minha caminhada acadêmica e profissional.

Agradeço a Deus, pela minha existência e possibilidade de concretização deste grande objetivo profissional e de vida de me qualificar para continuar a luta em prol do SUS e da Saúde do Trabalhador.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - HISTORICIDADE DOS CICLOS PRODUTIVOS NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, TIPO DE AUTOMAÇÃO PREDOMINANTE E MORBIDADE POPULACIONAL.....	23
FIGURA 2 - A REDE ENUNCIATIVA DA MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	25
FIGURA 3 - ESQUEMA DOS COMPONENTES DO PROCESSO DE TRABALHO ..	29
FIGURA 4 – SÉRIE HISTÓRICA DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA ST, BRASIL, SINAN, 2007 A 2016 .....	51
FIGURA 5 – NOTIFICAÇÃO TOTAL DE AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO NOS ANOS DE 2007 A 2013* – BRASIL.....	52
FIGURA 6 - APOIO MATRICIAL PARA A RAS DO SUS .....	72
FIGURA 7 – DIAGRAMA DA FUNÇÃO APOIO MATRICIAL DOS CEREST .....	74
FIGURA 8 – REGIONAIS DE SAÚDE E MACRORREGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ .....	85
FIGURA 9 – ORGANOGRAMA DA SESA PR .....	87
FIGURA 10 - ORGANIZAÇÃO DOS CEREST NA SESA PR.....	88
FIGURA 11- MATRICIAMENTO EM ST NO PR .....	92
FIGURA 12- ROTEIRO PARA ATUAÇÃO DOS MATRICIADORES DO CEST .....	93
FIGURA 13 – FLUXO DE TRABALHO PARA OS MATRICIADORES DO CEST .....	94
FIGURA 14 – PIRÂMIDES ETÁRIAS, PARANÁ, 1970, 1991 E 2010 .....	95
FIGURA 15 – ÁREAS CRÍTICAS EM INDICADORES SOCIAIS NO PARANÁ, 2010 .....	97
FIGURA 16– SÉRIE HISTÓRICA DAS NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DA ST POR TIPO, PARANÁ, 2007 – 2015.....	102
FIGURA 17 – AGRAVOS DA ST POR CEREREST DO PR ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014.....	104
FIGURA 18 - RESUMO DA METODOLOGIA DA PESQUISA .....	116
FIGURA 19 - CATEGORIAS DE ANÁLISE E/OU OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA.....	117

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO PARANÁ, POR TIPO, MS, 2015 .....	89
TABELA 2- PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO EMPREGO FORMAL NO PARANÁ EM DEZEMBRO DE 2015 .....	100
TABELA 3 – AÇÕES DA ST NO VIGIASUS, 2014 .....	106
TABELA 4 – AÇÕES DA ST NO VIGIASUS, 2015 E 2016* .....	107
TABELA 5 - PASSOS PRÁTICOS DA AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS .....	110
TABELA 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO ORGANIZADOS EM ARTIGOS .....	118
TABELA 7 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS .....	118
TABELA 8 - CARACTERIZAÇÃO DOS MATRICIADOS QUE RESPONDERAM AO FORMULÁRIO ELETRÔNICO .....	120

## LISTA DE QUADROS CONCEITUAIS

QUADRO CONCEITUAL 1 - HISTORICIDADE DA IMPLANTAÇÃO DA ST NO SUS A LUZ DE MINAYO-GOMEZ E LACAZ (2005) .....	34
QUADRO CONCEITUAL 2 - PRINCIPAIS ASPECTOS DAS PORTARIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA RENAST, A LUZ DE LEÃO E VASCONCELOS (2011) .....	37
QUADRO CONCEITUAL 3 - DIFERENÇAS DE ATRIBUIÇÃO DO CEREST REGIONAL E EQUIPE MÍNIMA (2002-2012), A LUZ DE NEVES (2013) .....	39
QUADRO CONCEITUAL 4 - LUGARES OU MODOS DE REALIZAR A FUNÇÃO “APOIO” NO MÉTODO PAIDÉIA .....	60
QUADRO CONCEITUAL 5 - RESUMO DO MÉTODO PAIDÉIA A LUZ DE OLIVEIRA (2011) .....	61
QUADRO CONCEITUAL 6 - METODOLOGIAS PARA O APOIO NO MÉTODO PAIDÉIA .....	62
QUADRO CONCEITUAL 7 - AM COMO ATRIBUIÇÃO DOS CEREST, A LUZ DO MANUAL DE GESTÃO DA RENAST, BRASIL (2015A) .....	70
QUADRO CONCEITUAL 8 - TECNOLOGIAS PARA O MATRICIAMENTO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA/ EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE ST, COM ÊNFASE NA VISAT .....	76

## **LISTA DE SIGLAS**

AM - Apoio Matricial ou Matriciamento

AI - Apoio Institucional

APS – Atenção Primária em Saúde

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEREST-MR - CEREST Macro Regionais do PR

CEST – Centro Estadual de Saúde do Trabalhador do PR

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PEST – Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador do Paraná

RAS – Redes de Atenção a Saúde

RT-ST - Referência Técnica em Saúde do Trabalhador

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador

MT - Medicina do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

MOI - Movimento Operário Italiano

RS – Regional de Saúde

RI – Revisão Integrativa da literatura

ST – Saúde do Trabalhador

SO - Saúde Ocupacional

SUS – Sistema Único de Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SINAN – Sistema de Informação dos Agravos de Notificação

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO CAMPO DA ST .....	21
2.1.1	Breve Histórico da ST: Insuficiência da Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO) .....	21
2.1.2	Pressupostos Teóricos do Campo da ST .....	26
2.2	ORGANIZAÇÃO DA ST NO SUS NO BRASIL.....	32
2.2.1	Breve Histórico.....	32
2.2.2	O modelo de atenção a ST no SUS: a estratégia da RENAST e dos CEREST.....	35
2.2.3	A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT ....	40
2.2.4	Papel da RAS do SUS para a ST, com ênfase na APS.....	42
2.2.5	O eixo norteador das ações de ST na RENAST: A VISAT .....	46
2.2.6	Notificação dos Agravos da ST: O problema da Subnotificação.....	50
2.2.7	Avanços, limites e dificuldades da ST no SUS no Brasil .....	54
2.3	APOIO MATRICIAL (AM): BASES CONCEITUAIS .....	56
2.3.1	Método Paidéia e a função Apoio: Apoio Institucional (AI) e Cogestão, AM e Equipe de Referência (ER) e apoio na relação clínica - Clínica Ampliada e Compartilhada.....	56
2.3.2	Apoio Institucional (AI) e Cogestão.....	62
2.3.3	A metodologia do apoio na ST, com ênfase no AM .....	68
2.4	A ST NO PR E O PROCESSO DE TRABALHO DO CEST .....	79
2.4.1	Antecedentes Históricos .....	79
2.4.2	Organização da RENAST no PR e o processo de trabalho do CEST e CEREST-MR.....	85
2.4.3	Diagnóstico da ST no Paraná .....	95
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>109</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	109
3.2	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	111
3.2.1	Entrevistas .....	111
3.2.2	Formulário Eletrônico.....	112
3.2.3	Análise dos Documentos .....	112

3.3	TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL QUALITATIVO .....	113
3.4	TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS .....	114
3.5	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....	115
3.6	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	116
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	116
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>117</b>
	<b>ARTIGO 1 - APOIO MATRICIAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>121</b>
	<b>ARTIGO 2 - APOIO MATRICIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ: IMPLANTAÇÃO, POTENCIALIDADES E DIFICULDADES.....</b>	<b>146</b>
	<b>ARTIGO 3 - INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO PARANÁ: APOIO MATRICIAL E O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DESAFIOS E POTENCIALIDADES .....</b>	<b>170</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>191</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>197</b>
	<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>210</b>
	<b>ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SESA PR .....</b>	<b>223</b>



## APRESENTAÇÃO

A motivação para elaborar essa dissertação sobre o Matriciamento em Saúde do Trabalhador (ST) no Paraná (PR) surgiu do desejo de aprofundamento sobre a temática devido a minha atuação no Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) desde 2014. Sou Apoiadora Matricial (AM) para duas Regionais de Saúde (RS) da SESA que compõem um dos oito CEREST Macro Regionais do estado, para seis profissionais de saúde. Eu precisava de maiores subsídios teóricos, para além da vivência do ato de ser apoiadora matricial no serviço, por perceber a complexidade e importância da função.

Enfermeira com pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, Saúde da Família (na modalidade de residência multiprofissional) e em Educação em Saúde para Preceptores do SUS, já atuei como professora de cursos técnicos e em cursos de graduação na área da saúde. Fui servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, trabalhando em Unidades de Saúde, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas para crianças e adolescentes (CAPS AD i) e no Centro de Educação em Saúde.

Baseada nessas experiências, eu já tinha certa familiaridade com a ferramenta do AM, principalmente na Saúde Mental, e ao ingressar no CEST percebi, através de pesquisas nas bases de dados, que havia poucos estudos no campo da ST. Apresentei a proposta do estudo ao gestor do serviço, o qual aceitou e me incentivou a desenvolvê-la, pois seria interessante fazer uma reflexão sobre o nosso processo de trabalho com vistas a melhorias. Apresentei também a proposta aos meus colegas de trabalho, os quais me alertaram que o AM na ST no PR é muito recente (tendo seu início entre o final de 2011 e começo de 2012) e que precisaria de mais tempo de "maturação", mas que a proposta seria interessante. Munida das opiniões dos colegas e gestor, acrescida da minha curiosidade, me propus ao desafio, então, de estudar um tema novo, pertinente, e no qual estou imersa por completo.

## 1 INTRODUÇÃO

Lacaz (2007) afirma que a ST "é um campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença [...]" (p. 757). A ST teve como influências o discurso da Medicina Social Latino-Americana (cuja determinação social do processo saúde - doença é o eixo central) e no Movimento Operário Italiano (centrado na participação do trabalhador). Sua trajetória no Brasil surge também sob influências internacionais por busca de melhores condições de trabalho sob o processo de industrialização na forma particular que este assumiu na América Latina (LACAZ, 2014).

Seus pressupostos teóricos, então, motivaram a configuração do campo da ST no Brasil, tanto na produção acadêmica, na programação em saúde no SUS e no movimento dos trabalhadores e/ou em suas interfaces enquanto campo de conhecimento, campo de práxis, campo de investigação e campo interdisciplinar e multiprofissional (MINAYO GOMES E LACAZ, 2005; LACAZ, 2014; LACAZ, 2007; LACAZ E SANTOS, 2010; MINAYO GOMES E THEDIM COSTA, 1997; LACAZ, 2014). Historicamente, a implantação dos serviços de ST no SUS pode ser dividida em basicamente três períodos, demarcados pelo protagonismo de diferentes atores sociais (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005, p. 804).

O primeiro período, de 1978 a 1986, foi marcado pelo movimento da reforma sanitária, pela luta da redemocratização do país e pela existência dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), "experiências que inovaram e passaram a abordar a clientela de trabalhadores a partir da sua inserção no processo produtivo" (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005, p. 804). O segundo período, compreendido entre os anos de 1987 a 1997, foi marcado pelas legislações e avanços institucionais, principalmente pela transição dos PST para os Centros de Referência em ST (CEREST). O último período de implantação da ST no SUS, em 2002, iniciou-se com o advento da Rede Nacional de Atenção Integral a ST (RENAST), com vistas a superar a fragmentação entre assistência e vigilância e que "incorporasse em seu modelo estratégias de prevenção a agravos e de promoção da saúde" e pela mudança do modelo assistencial do SUS para os serviços de Atenção Primária em

Saúde (APS) (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005, p. 805) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Acrescenta-se a esta síntese histórica, outros dois fatos de extrema importância para a ST no SUS: o deslocamento do foco de ação da ST da assistência para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) por meio de legislações específicas, passando-se a incorporar a visão preventiva da ST (VASCONCELLOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014); e, mais recentemente, em 2012 pela elaboração a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1823 do MS. Ela é considerada um importante avanço histórico, fruto de discussões e práticas acumuladas em duas décadas de disputas, articulações e pressões, representando a mudança mais profunda entre as políticas que vinham sendo aplicadas pelo governo federal (NEVES, 2013; MINAYO-GOMEZ, 2013).

Destaca-se que em todo esse processo de implantação da ST no SUS os CEREST têm papel central como núcleos de ação efetiva na implementação da RENAST e de ações de VISAT no SUS (VASCONCELLOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014). Estes equipamentos sofreram grandes mudanças nas suas formas de atuação ao longo dos instrumentos normativos da ST no SUS<sup>1</sup> e ainda encontram-se em um momento de redefinição do seu papel devido, principalmente, a sua frágil articulação com a RAS do SUS (SILVA e DIAS, 2013) e pelo fato de se encontrarem em meio a um contexto de escassos recursos humanos na ST do SUS e aumento das suas demandas, tornando seu trabalho muito mais complexo (NEVES, 2013).

Nesse sentido, outra atribuição é incumbida a eles atualmente pelo MS, a de Apoiadores Matriciais (AM) a toda a RAS do SUS, em especial a APS. Essa nova atribuição, conforme versa a PNSTT está sendo vista por alguns estudiosos da área como um desafio e oportunidade para a redefinição do seu papel (BRASIL, 2012; DIAS e SILVA, 2013a; NEVES, 2013). Assim sendo, de acordo com Dias et. al. (2012), todas as ações dos CEREST, na atualidade, estão sendo denominadas de AM. Contudo, experiências institucionalizadas de AM em ST são escassas e

---

<sup>1</sup> “Entre a implantação da RENAST em 2002 e a publicação da PNSTT em 2012, a ST mudou de eixo: se, inicialmente, os CEREST eram ambulatorios de assistência passaram, a partir da reestruturação com a Portaria 2437/2005, a adotar a vigilância epidemiológica e sanitária como foco que estrutura a referência, através das definições vindas da Rede Sentinela e da APS, e com a PNSTT devem assumir o apoio matricial a toda a rede SUS, em especial à atenção primária e dela a Estratégia Saúde da Família (ESF)” (NEVES, 2013, p. 57).

recentes (SILVA E DIAS, 2013).

Corroborando com os autores supracitados, o próprio MS encontrou este fato das poucas ações de AM desenvolvidas pelos CEREST: a fim de mapear a implementação da RENAST, o MS realizou três inventários publicados nos anos de 2010, 2013 e 2016. No primeiro deles, apenas apontou a necessidade de se avaliar a inserção institucional dos CEREST, diante da possibilidade de fortalecimento das ações de AM para a construção da atenção integral da ST. Em 2013, constatou que as ações de matriciamento representavam apenas 11,7% das ações dos CEREST, sendo as principais de capacitação (35,5%), VISAT (28%) e assistência (18,6%), evidenciando a necessidade de reforçar ações sistemáticas de matriciamento regional das ações de ST. Na publicação do ano de 2016, o MS incluiu as ações de AM no âmbito das ações de VISAT e encontrou que 184 CEREST dos 194 que responderam a questão (havia 208 CEREST habilitados em 2015) que perguntavam das ações de VISAT responderam que as desenvolvem (representando então 94% deles) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016a).

O AM está inscrito no Método Paidéia, ou da roda, desenvolvido por Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos e vem sendo amplamente utilizado em políticas e práticas de saúde no Brasil (CAMPOS et. al., 2014), cujo método visa, resumidamente, a democratização institucional e o fortalecimento dos sujeitos e dos coletivos (OLIVEIRA, 2011). O referido método possui vários eixos de atuação/aplicação, e para cada um deles há uma metodologia de trabalho: na gestão, por meio do Apoio Institucional (AI); nas relações interprofissionais, por meio do AM e Equipes de Referência (ER); nas relações clínicas, por meio da Clínica Ampliada e Compartilhada e como metodologia de ensino-aprendizagem para a formação em saúde (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014).

O AM na ST do PR acontece de forma diferente do que é proposto originalmente por Campos e colaboradores (CAMPOS, 1998; CAMPOS, 1999; CAMPOS, 2006; CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2010; CUNHA E CAMPOS, 2010; CUNHA E CAMPOS, 2011; CAMPOS et. al., 2014; FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014; CASTRO, OLIVEIRA E CAMPOS, 2016; DOMITTI, 2006), fato que motivou esta pesquisa. No método Paidéia, a relação de apoio acontece entre os apoiadores matriciais (profissionais de suposto saber com formações diversas em saúde) e entre as equipes de referência, que são profissionais de saúde coordenadores do cuidado direto de uma clientela adscrita a um serviço de saúde, podendo ser de um

centro de especialidades ou, principalmente, equipes da APS). Tal relação deve ser permeada por processos dialógicos de suporte assistencial e técnico-pedagógico, visando à resolução de problemas relevantes em Saúde Coletiva (CAMPOS, 1999).

Na SESA PR, este processo de trabalho foi instituído pelos gestores do CEST, no final de 2011, para a gestão do trabalho em ST, a partir de um importante marco para a ST no estado, a publicação da Política Estadual de Atenção Integral a ST (PEST), da seguinte forma: o CEST, o qual é um CEREST de abrangência estadual, atuando como gestor e apoiador da implementação da PEST e da PNSTT, trabalha, por meio de parte da sua equipe técnica, com a ferramenta do AM para os profissionais que compõem os oito CEREST Macro-Regionais (CEREST-MR) do estado. Estes possuem como "clientes" os profissionais de saúde da RAS do SUS dos municípios das suas áreas de abrangência (a SESA PR possui 399 municípios e 22 Regionais de Saúde (RS), organizando-se, para fins da ST, em oito CEREST-MR).

Sendo assim, devido às particularidades da aplicação do método na ST do PR, surgiu o seguinte problema de pesquisa: Quais são as ações, desafios e potencialidades da estratégia do AM em ST no âmbito da SESA PR, sob a perspectiva de quem apoia (ou matriciadores), de quem é apoiado (ou matriciados) e da gestão?

Apresenta-se os objetivos da pesquisa:

- Objetivo Geral: Compreender as ações de AM em ST no âmbito da SESA PR, sob a perspectiva de quem apoia, de quem é apoiado e do gestor, refletindo sobre os desafios e potencialidades desta estratégia de trabalho para a efetivação da PNSTT e da PEST.
- Objetivos Específicos:
  - Conhecer e descrever o estado da arte do AM em ST por meio de uma Revisão Integrativa da literatura;
  - Identificar e descrever as ações de Matriciamento em ST desenvolvidas no PR;
  - Descrever o processo de implantação do AM na ST do PR na perspectiva dos envolvidos (matriciadores, gestor e matriciados);
  - Apreender o entendimento dos envolvidos a respeito deste processo de trabalho, refletindo sobre as suas dificuldades e potencialidades para a efetivação da PNSTT e da PEST;

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, por meio de uma abordagem qualitativa e quantitativa, a partir de entrevistas realizadas com um gestor e seis matriciadores do CEST e da aplicação de um formulário eletrônico online preenchido por 28 dos 50 matriciados convidados, profissionais que compõem os oito CEREST-MR da SESA PR, além de pesquisa documental. O referencial teórico metodológico baseia-se nas obras de Minayo (2005; 2006), na sua abordagem da Triangulação de Métodos e em Franco (2012) para a análise de conteúdo do material empírico. O projeto de pesquisa foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFPR e da SESA PR e todos os preceitos éticos foram atendidos ao longo da pesquisa.

A revisão de literatura estrutura-se em quatro seções, a saber:

1. Pressupostos teóricos do campo da ST;
2. Organização da ST no SUS no Brasil;
3. AM: bases conceituais;
4. Organização da ST no SUS PR.

Os resultados são apresentados em formato de três artigos:

1. Apoio Matricial e a Saúde do Trabalhador: Uma Revisão Integrativa;
2. Apoio Matricial na Saúde do Trabalhador do Paraná: Implantação, Potencialidades e Dificuldades;
3. Instrumentos de gestão da Saúde do Trabalhador no Paraná: Apoio Matricial e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (VIGIASUS).

Faz-se importante frisar também que a SESA PR possui vários programas estratégicos, e um deles é o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (VIGIASUS), instituído em 2013, cujo objetivo é fortalecer e qualificar as ações de Vigilância em Saúde no estado, por meio, entre outras ações, de repasse financeiro aos municípios (PARANÁ, 2016a). Nele constam algumas ações de ST que estão sendo desenvolvidas no estado, em consonância com as diretrizes nacionais.

Este programa emergiu, durante a análise dos dados coletados, como um importante instrumento operacional das ações de AM desenvolvidas no contexto estudado. Ademais, o VIGIASUS pode ser considerado um valioso instrumento de gestão das ações de ST, ao mesmo tempo em que fornece um diagnóstico das ações de VISAT desenvolvidas pela RAS do SUS do Paraná. Portanto, buscou-se



apresentar suas principais características na fundamentação teórica da dissertação e refletir sobre alguns dos seus aspectos e interfaces com o AM no artigo 3.

Pretendeu-se com esta pesquisa, para além de trazer o olhar científico ao processo de trabalho do AM na ST do PR, evidenciar e difundir, por meio de uma experiência prática da aplicação do método do AM, seus desafios e potencialidades para o fortalecimento a ST no SUS. O desafio que se apresenta, a seguir, à pesquisadora, é trazer a discussão ao serviço e, por fazer parte dele, refletir sobre melhorias no processo de trabalho entre CEST e CEREST-MR, e ir além, refletir sobre a conjuntura do campo da ST no SUS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção são apresentadas as bases teóricas desta pesquisa, por meio de quatro capítulos, a saber: Pressupostos teóricos do campo da ST; Organização da ST no SUS no Brasil; Apoio Matricial: bases conceituais; Organização da ST no SUS Paraná.

### 2.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO CAMPO DA ST

É preciso definir as bases históricas do surgimento do campo da ST (antecedida pela Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional) para posteriormente aprofundar alguns dos seus principais marcos teóricos ("determinação social do processo saúde-doença" e "processo de trabalho").

#### 2.1.1 Breve Histórico da ST: Insuficiência da Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO)

A ST como campo de práticas e conhecimentos teve como influências o discurso da Medicina Social Latino-Americana (focado na determinação social do processo saúde - doença), discurso este que existia ao mesmo tempo com os pressupostos da Saúde Pública ("vertente programática") e da nova Saúde Coletiva no Brasil, entre os anos de 1970 e 1980. Nardi (2004) complementa que, ao nascer do bojo do movimento pela Reforma Sanitária, este campo é resultado de um grande esforço dos trabalhadores e dos profissionais de saúde que estavam vinculados ao referido movimento, em cuja crítica baseava-se nas práticas da MT, algumas até antiéticas, devido a defesa ao capital praticada pelos médicos do trabalho.

Mendes e Dias (1991), em um estudo clássico da área, intitulado "Da Medicina do Trabalho a Saúde do Trabalhador", versam que o contexto econômico em que a ST surge no Brasil, resumidamente, era marcado no nível macro pela terceirização da economia (declínio da indústria e aumento do setor de serviços) e

transnacionalização da economia (transferências de empresas para países de terceiro mundo, principalmente as mais poluidoras), e no nível micro pela automação e informatização dos processos de trabalho. O contexto médico deste mesmo período é resumido por Lacaz (2007, p. 759) ao afirmar que "a abordagem das relações trabalho e saúde - doença parte da ideia cartesiana do corpo como máquina, o qual se expõe a agentes/fatores de risco".

Faz-se importante definir a MT e SO, as quais antecederam a ST para compreender a origem do campo. A MT surge na Inglaterra, país centro da Revolução Industrial, no século XIX, em um contexto de exploração do trabalho tão intensa que era cada vez maior o número de mortes relacionadas a ele (LACAZ, 2014), tendo como foco de ação a saúde da produção e não a dos trabalhadores (NARDI, 2004). No Brasil, a MT é regulada no período da ditadura militar, entre os anos de 1964 e 1980, por um conjunto de leis do Ministério do Trabalho que definem sua prática, fundamentada principalmente pelo exercício dos exames que julgavam a aptidão física dos trabalhadores para a função, sendo que "o exame médico apresentava-se como uma exigência legal para o acesso ao posto de trabalho e constitui-se na tarefa principal do médico, seja a de ser o 'juiz' dos mais aptos, para que a produção seja mais 'saudável'" (NARDI, 2004, p. 52).

Corroborando com o autor supracitado, Mendes e Dias (1991) afirmam que a principal característica da MT é a sua centralidade na figura do médico, cujo lócus de prática eram os ambientes de trabalho. A insuficiência deste modelo estava no fato de que sua abordagem não conseguia mais dar conta de curar a força de trabalho em detrimento dos novos processos industriais e da nova divisão internacional do trabalho e reestruturação produtiva<sup>2</sup>, gerando mudanças no perfil de morbimortalidade relacionada ao trabalho ao longo do capitalismo (LACAZ, 2014). Neste momento, faz-se um parêntese importante para definir este novo perfil de morbimortalidade, a luz de Lacaz (2014). O autor afirma que momentos importantes

---

<sup>2</sup> "A reestruturação produtiva se expandiu nos anos 1980, mas, na verdade, começou a ser concebida no Japão no começo dos anos 1960 [...] sendo uma das resultantes desse fenômeno o processo de subcontratação em cascata ou terceirização, que se caracteriza pela flexibilização das relações de trabalho, e surgiu para estabelecer todo tipo de tempo de trabalho em função da demanda, mesmo que isso signifique precarização do trabalho" [...]. Enquanto um grupo procura manter conquistas do período fordista (núcleo duro), inclusive em relação ao modelo de práticas de saúde e segurança no trabalho, assistência médica supletiva, dentre outros, os terceirizados forma outro grupo, em condições precárias e desprovidos total ou parcialmente de direitos trabalhistas e previdenciários, cujo cuidado à saúde se assemelha ao período pré-fordista, do início da Revolução Industrial" (PENA et. al., 2013).

do desenvolvimento do modo de produção capitalista relacionam-se com mudanças do perfil de adoecimento dos trabalhadores desde meados do século XIX até os dias de hoje, conforme pode ser observado na FIGURA 1 abaixo:

FIGURA 1- HISTORICIDADE DOS CICLOS PRODUTIVOS NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA, TIPO DE AUTOMAÇÃO PREDOMINANTE E MORBIDADE POPULACIONAL.

**Quadro 40.1 •** Historicidade dos ciclos produtivos no modo de produção capitalista, tipo de automação predominante e morbidade populacional<sup>3</sup>

Período histórico	Ciclos produtivos	Automação	Morbidade mais frequente
Até 1850	Acumulação primitiva do capital Exploração intensiva do trabalho	Mecânica	1. Doenças infectocontagiosas e carenciais 2. Acidentes e doenças do trabalho típicas 3. Doenças do trabalho atípicas
1850 a 1950	Pré-monopolista do capital Exploração intensiva do trabalho	Eletromecânica	1. Acidentes e doenças do trabalho típicas 2. Doenças infectocontagiosas e carenciais 3. Doenças do trabalho atípicas
Pós 1950	Monopolista do capital Exploração intensiva e controlada do trabalho	Microeletrônica	1. Doenças do trabalho atípicas 2. Acidentes e doenças do trabalho típicas 3. Doenças infectocontagiosas e carenciais

Fonte: extraído e adaptado de Ribeiro, 2012.

FONTE: LACAZ (2014, p. 596).

Cada um dos ciclos produtivos do capitalismo apresentados acima produzem processos de trabalho<sup>3</sup> e formas de automação das máquinas e equipamentos para o trabalho que influenciam o perfil de morbidade dos trabalhadores. As doenças do trabalho típicas (ou profissionais) são aquelas cuja relação com o trabalho é mais direta, tais como silicose e intoxicação por chumbo, vislumbradas mais facilmente pelo campo da MT e SO. Já as doenças atípicas (ou relacionadas ao trabalho) possuem uma causalidade mais complexa devido aos diversos processos de trabalho (conforme se observa contemporaneamente como, por exemplo, os transtornos mentais relacionados ao trabalho).

Retomando sobre os antecedentes da ST, acrescenta-se que a SO surge nos EUA, no período posterior ao da II Guerra Mundial, cujo objeto de ação eram os grupos de trabalhadores expostos aos riscos dos ambientes de trabalho, baseada em instrumentos da Saúde Pública, tais como a epidemiologia e a clínica (LACAZ, 2014). Desenvolvida dentro de grandes empresas, por meio de equipes multiprofissionais, com ênfase na Higiene industrial, a SO partia da premissa de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada um deles ao seu trabalho, pautando suas ações nos Serviços Especializados de Medicina do Trabalho nas empresas, em exames admissionais e periódicos, atuando sobre os indivíduos

<sup>3</sup> Processo de Trabalho é uma categoria central na ST, a qual será aprofundada adiante.

"numa visão a-histórica e descontextualizada das relações econômicas, político ideológicas e sociais que influem nos nexos entre trabalho e saúde-doença" (LACAZ, 2007, p. 759).

No Brasil, a SO influenciou diversos setores, a saber, a academia, nos departamentos de ensino e pesquisa na medicina preventiva e social, influenciou a criação de instituições, tais como a FUNDACENTRO (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho) e influenciou a criação de legislações trabalhistas, especialmente na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. Apesar deste avanço nas legislações trabalhistas, a insuficiência desse modelo residia no fato de que ele mantinha o mesmo referencial da MT, firmado no mecanicismo. Além disso, o trabalhador continuava sendo um mero objetivo da intervenção médica, bem como perpetuou a saúde no âmbito do trabalho em detrimento do setor saúde (MENDES E DIAS, 1991).

Assim, resumindo, as abordagens da MT e SO, as quais foram as predecessoras da ST, eram baseadas no conceito de risco que atingiam grupos de trabalhadores e suas relações com o ambiente de trabalho. Influenciadas pela teoria unicausal e posteriormente, pela multicausal do processo saúde-doença, entendiam que os fatores de risco possuíam os mesmos valores nas origens das doenças e tomavam o corpo do trabalhador apenas como um mero hospedeiro (MENDES E DIAS, 1991; LACAZ, 2014). Já a ST, fundamentada no discurso da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana, pautada na determinação social do processo saúde-doença, visava trabalhar com a centralidade do trabalho no processo saúde-doença e com o ator principal neste contexto, o próprio trabalhador. A ST no Brasil surge sob influências internacionais por busca de melhores condições de trabalho e ao processo de industrialização<sup>4</sup> e à forma particular que este assumiu na América Latina (LACAZ, 2014), cujo objeto de trabalho pode ser definido da seguinte forma:

O objeto da ST pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo - como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do

---

<sup>4</sup> Fato que se torna até um limite do campo da ST atualmente pois o foco de ação continua sendo os trabalhadores de "chão de fábrica". De acordo com Minayo-Gomez e Lacaz (2005), o maior desafio acadêmico atual são pesquisas sobre os trabalhadores mais desprotegidos, ou seja, os desempregados, informais e trabalhadores da agricultura.

trabalho, numa perspectiva teleológica [...] apesar das dificuldades teórico-metodológicas enfrentadas, a ST busca explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na "moderna" civilização urbano-industrial (MENDES E DIAS, 1991, p. 347).

Antes de adentrar mais especificamente no arcabouço teórico da ST e para sintetizar as principais diferenças do campo da MT e da ST, escolheu-se o trabalho de Nardi (1999) intitulado "Saúde, trabalho e discurso médico: a relação médico paciente e o conflito capital-trabalho", no qual, por meio de entrevistas sintetizou, na FIGURA 2 abaixo, enunciados presentes nas representações dos médicos referentes à sua prática e às peculiaridades, à gratificação e às dificuldades no exercício da MT e ST.

FIGURA 2 - A REDE ENUNCIATIVA DA MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE DO TRABALHADOR

<b>Formações Discursivas</b>	<b>Medicina do Trabalho</b>	<b>Saúde do Trabalhador</b>
<b>Escolha profissional</b>	Oportunidade profissional (melhores salários, mercado de trabalho amplo)	Opção ideológica
<b>Conflito Capital/ Trabalho</b>	Papel secundário	Determinante
<b>Ênfase no saber</b>	Técnico (médico e de engenharia). A ciência é neutra	Ciências sociais direcionando a técnica. A ciência obedece aos interesses de quem detém o conhecimento
<b>Personagem central</b>	Médico	Equipe interdisciplinar em ação conjunta com trabalhadores
<b>Papel do Estado</b>	Estado ineficiente. Discurso Neoliberal. Modelo empresarial	Afirmção do papel central do Estado e da necessidade do controle social
<b>Que Estado?</b>	Regulamentação exclusiva do Ministério do Trabalho. SUS já nasceu falido, não é área de sua competência	SUS deve ter papel central (Avaliação crítica da resistência à implantação do SUS)
<b>Em que o médico do trabalho é diferente?</b>	Médico meio engenheiro, meio administrador, necessita de conhecimento de legislação. Ênfase na Prevenção	Médico como agente de mudança dos ambientes de trabalho, necessidade do instrumental das ciências sociais, envolve conhecimentos da legislação e da burocracia do Estado
<b>Conceito de saúde e doença</b>	Equilíbrio e desequilíbrio, agentes nocivos no ambiente de trabalho é que causam as doenças.	Conceito de processo saúde e doença. Determinação histórica e social do desgaste e reprodução dos trabalhadores
<b>Conceito de risco e análise dos acidentes</b>	Risco inerente ao processo de trabalho; deve ser controlado. A análise dos acidentes se baseia na busca dos culpados; na maior parte das vezes, a culpa é atribuída ao próprio trabalhador	Risco é determinado pelo processo e organização do trabalho, não existem riscos inerentes, ou "naturais". A análise dos acidentes busca seus determinantes no processo e na organização do trabalho. Métodos como a "Árvore de Causas" são



		utilizados. (Monteau, Binder e Almeida, 1995)
<b>Ação principal</b>	Controle e prevenção das doenças e acidentes de trabalho através de ações do SESMT	Modificação dos ambientes e da organização do trabalho através da ação conjunta com os trabalhadores
<b>Prevenção</b>	Educar o trabalhador, ênfase nas ações individuais. O saber dos trabalhadores é desconsiderado. Os trabalhadores devem assimilar a “cultura” prevencionista.	Ênfase nas ações coletivas, papel central do resgate da cidadania e do saber dos trabalhadores. Ações coletivas
<b>Papel do trabalhador</b>	Passivo, objeto da atenção	Ativo, sujeito do processo.
<b>Perspectiva política</b>	Adaptativa	Transformadora
<b>Críticas da Medicina do Trabalho para a Saúde do Trabalhador e vice-versa</b>	Prática cerceada pelo envolvimento com o Capital, posturas antiéticas.	Envolvimento político-ideológico, falta de capacidade técnica, “sociólogos ao invés de médicos”
<b>Relação médico-paciente</b>	Paciente trabalhador é privilegiado, pois tem atendimento médico garantido. Relação é de confiança (do ponto de vista dos médicos, no ângulo dos trabalhadores, o médico é representante do patrão). Relações de poder não são questionadas	Relação é atravessada pelo conflito Capital/Trabalho. Patologias implicam maior sofrimento para o trabalhador, pois existe um sofrimento mental específico do adoecer relacionado ao trabalho. O poder médico é questionado.
<b>Ideal profissional</b>	Técnico-Humanista	Justiça Social
<b>Ponto em comum</b>	Críticas à Previdência	Críticas à Previdência

FONTE: NARDI (1999, p. 69 e 70)

### 2.1.2 Pressupostos Teóricos do Campo da ST

Como já foi dito anteriormente, a ST nasce no Brasil em um momento propício<sup>5</sup> ao Movimento da Reforma Sanitária e devido a todo um acúmulo de conhecimento dentro da Saúde Coletiva, com raízes na Medicina Social Latino-americana e no Movimento Operário Italiano (MOI) (ou Movimento Operário ou Sindical, nascido na Itália em 1969). Neste sentido, o campo da ST apropria-se de conceitos que permitiram ampliar a compreensão teoria e prática do campo, por

<sup>5</sup> Atmosfera de redemocratização e de direitos sociais garantidos pelo Estado através da Constituição Federal de 1988 e marcos regulatórios do campo da ST no SUS (PENA et. al., 2013).

meio das categorias "processo de trabalho" e "determinação social do processo saúde-doença". Estes conceitos influenciam a configuração do campo da ST no Brasil, tanto na produção acadêmica, na programação em saúde no SUS e no movimento dos trabalhadores ou em suas interfaces enquanto campo de conhecimento, campo de práxis, campo de investigação e campo interdisciplinar e multiprofissional (MINAYO GOMES E LACAZ, 2005; LACAZ, 2014; LACAZ, 2007; MENDES E DIAS, 1999; FACHINI, WEIDERPASS E TOMASI, 1991; LACAZ E SANTOS, 2010; MINAYGO GOMES E THEDIM COSTA, 1997; LACAZ, 2014) <sup>6</sup>.

Pretende-se conceituar brevemente estas influências e as categorias teóricas supracitadas, mas antes, parte-se do básico, o que é trabalho? Para Marx: (2013, p.654):

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p. 654).

Diferentemente dos outros animais que estão aprisionados a seus instintos, o trabalho é uma atividade livre, pois, diante de uma necessidade, o ser humano elabora sua atividade com uma intencionalidade prévia, ou seja, "teleologicamente direcionada" (NETTO e BRAZ, 2010, p.218), com o fim de produzir aquilo que elaborou primeiro idealmente. No modo de produção capitalista, no entanto, o trabalho constitui, ao mesmo tempo, meio de extração de mais-valia. Os capitalistas, detentores dos meios de produção, estabelecem relações de exploração com os produtores (trabalhadores), obtendo daí seu lucro. Dessa forma, desde o início do modo de produção capitalista (início do século XIX) até a atualidade, após suas inúmeras transformações visando à manutenção das taxas de lucro, cria-se sempre renovadas condições para a exploração da força de trabalho, cujo ônus recai sobre os trabalhadores (NETTO e BRAZ, 2010), repercutindo diretamente sobre sua saúde e configurando diversos padrões de morbidade de acordo com os ciclos produtivos (LACAZ, 2014).

---

<sup>6</sup> Alguns destes autores apontam que o discurso da MT e da SO ainda estão presentes atualmente.

Portanto, em última instância, o modo de produção capitalista desempenha papel crucial na determinação da saúde e doença dos trabalhadores. Garcia (1989) com base nos pressupostos de Marx, afirma que, no capitalismo, o trabalho possui um duplo sentido para a saúde. Por um lado, permite desenvolver todo o potencial criativo e físico dos seres humanos, tomando, assim, a saúde como condição para o “máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado” (GARCIA, 1989, p. 103). Por outro lado, neste modo de produção, os processos de trabalho não permitem ao homem que desenvolva plenamente suas potencialidades, alienado que está da concepção dessa atividade e dos próprios meios para realizá-la, e o trabalho acaba por se converter em um produtor de doenças.

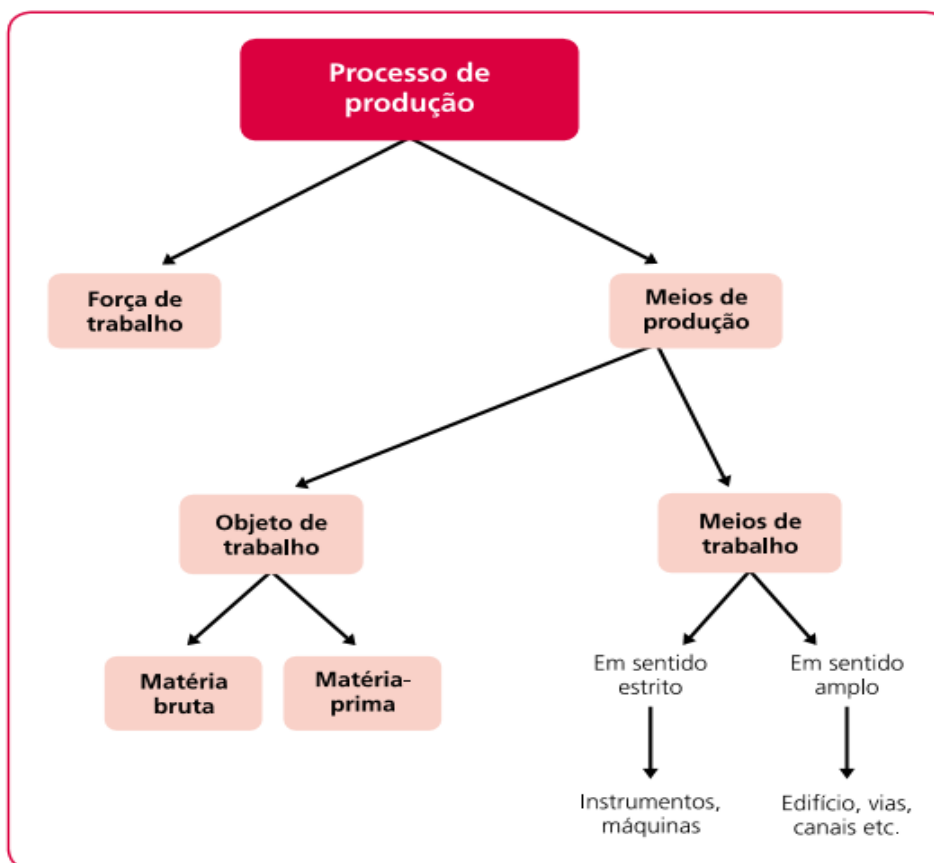
#### 2.1.2.1 Conceito de Processo de Trabalho e Determinação Social do Processo Saúde Doença apropriados pela Medicina Social Latino Americana e pela Saúde Coletiva

Lacaz (2014), ao discorrer sobre o desafio da explicação das repercussões das relações entre trabalho saúde-doença no campo da ST, define o objeto e o método de apreensão da realidade neste campo. Sobre o objeto, refere que o processo de trabalho (extraído da economia política, na sua concepção marxista) é central para a abordagem do trabalho interdisciplinar do campo da ST tem grande poder explicativo dos processos de adoecimento de grupos de trabalhadores.

Processo de trabalho, para Marx, é todo processo de transformação de um objeto em um produto, efetuado pela atividade humana, por meio de instrumentos de trabalho. São elementos constitutivos do processo de trabalho a força de trabalho, os meios de produção e o produto. A força humana é o gasto de energia do trabalhador empregada no processo de trabalho, sendo o que gera valor econômico e social para a produção de bens necessários para a sobrevivência humana. Os meios de produção são os objetos utilizados no processo, os quais podem ser a matéria bruta, a matéria prima e os meios de trabalho, que em um sentido estrito, podem ser todas as coisas que o trabalhador impõe entre ele e o objeto sob qual trabalha, e em um sentido mais amplo, compreendem todas as condições materiais

indispensáveis à realização do processo de trabalho. Por fim, o produto é o resultado final criado no processo de trabalho (PENA et. al. 2013). Esta explicação pode ser visualizada na FIGURA 3.

FIGURA 3 - ESQUEMA DOS COMPONENTES DO PROCESSO DE TRABALHO



Fonte: Adaptado de Harnecker (1983).

FONTE: PENA et. al. (2013, p. 58)

O processo de trabalho permite, então, "analisar as formas sociais particulares da relação entre o homem e a natureza", na medida em que ao atuar sobre a natureza, a modificam, e modificam a si mesmos (PENA et. al., 2013). Posto isso, pode-se avançar sobre o método de apreensão da realidade na ST. Utilizou-se dos pressupostos teóricos produzidos pelos pesquisadores da Universidade Autônoma do México, que assim como no Brasil, tinham um movimento sindical cuja fragilidade política gerava dificuldades em adentrar nos espaços de trabalho. O movimento sindical mexicano também sofreu influências dos pressupostos teóricos de Marx e do Movimento Operário Italiano. Assim, autores como Laurell e Noriega formularam os conceitos de cargas e desgaste e Jaime Breilh formulou, dentro do arcabouço da Epidemiologia Crítica, o conceito de processos (protetivos e

destrutivos<sup>7</sup>) por considerar o caráter duplo do trabalho conforme os postulados de Marx (LACAZ, 2014), ambos referenciais teóricos apropriados pela ST.

A identificação das cargas de trabalho (diferentemente do conceito de risco como agentes nocivos isolados presentes nos ambientes de trabalho) implica na análise do processo de trabalho e seus elementos que se relacionam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador. Tais cargas<sup>8</sup>, que podem ser de materialidade interna ou externa ao corpo do trabalhador, geram processos de adaptação dos mesmos, traduzindo-se em processos de desgaste, ou seja, nos quais o trabalhador pode perder capacidades reais ou potenciais, físicas ou psíquicas. Esta interação entre as cargas e os processos de desgaste dos trabalhadores é traduzida em perfis de adoecimento específicos, que devem ser analisados na totalidade e na complexidade dos processos produtivos, formando assim o "perfil patológico de um grupo social" (LAURELL E NORIEGA, 1989). Breilh e Granda (1989) explicam como a epidemiologia crítica pode estudar o processo saúde-doença de cada grupo social (por meio dos seus problemas e potencialidades específicos), considerando as seguintes dimensões: Dimensão estrutural (contexto da capacidade produtiva e das relações sociais de determinado grupo); Dimensão particular (formas específicas de produzir e consumir de determinado grupo) e Dimensão individual (processos últimos que levam ao viver e ao morrer de determinado indivíduo).

Os autores afirmam que, para a compreensão de tais dimensões, na elaboração do perfil epidemiológico das classes sociais, deve-se considerar que cada classe social apresenta formas específicas de produção e consumo delimitadas pela inserção no âmbito do trabalho e pela possibilidade de acesso aos bens socialmente produzidos, estabelecendo, assim, seus modos de vida. Tais

---

<sup>7</sup> O trabalho condiciona as modalidades de desgaste dos trabalhadores, determina a intensidade e frequência de exposição aos processos protetivos a saúde (ou valores) e destrutivos (contravalores ou riscos) (BREILH E GRANDA 1989).

<sup>8</sup> As cargas do trabalho podem ser de materialidade externa (presentes nos ambientes e processo de trabalho - objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e o próprio trabalho - físicas, químicas, biológicas e mecânicas, as quais interagem com o corpo do trabalhador gerando uma nova materialidade interna) e de materialidade interna (fisiológicas e psíquicas, as quais adquirem materialidade visível apenas no corpo humano, sendo as fisiológicas, por exemplo, alterações no ciclo circadiano desencadeadas pelo trabalho em turnos ou noturno, e as psíquicas podem se manifestar tanto devido a sobrecarga causada por situações de tensão prolongada e subcarga psíquica causadas pela impossibilidade de utilização das plenas capacidades humanas) (LAURELL E NORIEGA, 1989, p. 111 e 112).

pressupostos são da Epidemiologia Crítica, uma epidemiologia na qual se destaca uma nova forma de análise do processo saúde e doença das coletividades, por meio do Perfil Epidemiológico de Classe Social, superando, com base no pensamento dialético, a epidemiologia tradicional com suas explicações multifatoriais, sem desprezar suas contribuições instrumentais (GRANDA e BREILH, 1989; BREILH, 2006).

Destaca-se, então, que existe um caráter histórico que condiciona a biologia humana e conseqüentemente o processo saúde-doença das coletividades, o qual se relaciona com os modos de andar a vida, que são característicos das coletividades humanas e não dos indivíduos. A medicina social latino-americana produziu um arcabouço teórico-metodológico para explicar o nexos biopsíquico humano das coletividades trabalhadoras em relação ao processo de produção capitalista (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Na área da ST tais ideias contribuíram significativamente, desde então, para a explicação do fato de que determinados grupos de trabalhadores apresentam padrões de morbimortalidade semelhantes conforme a sua inserção na estrutura produtiva. Neste sentido, Mendes e Dias (1991, p. 346) afirmam, que “ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho - enquanto organizador da vida social - contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional”. A vida humana e, conseqüentemente, a sua expressão de saúde e doença, é determinada socialmente pelas formas de acesso a bens produzidos pelo homem, por meio do trabalho, pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social, pressupostos estes que precisam ser estudados no capitalismo à luz do Materialismo Histórico Dialético (MHD), proposto por Marx. Ou seja, a concepção de saúde fundamentada no MHD busca demonstrar a DSS e a necessidade da análise do modo de produção capitalista para a sua compreensão (ALBUQUERQUE e SILVA, 2014).

#### 2.1.2.2 Influências do Modelo Operário Italiano (MOI) no campo da ST

O MOI ocorreu na Itália, em 1969, na época da sua reforma sanitária, e foi pensado para a geração de conhecimento detalhado do processo de trabalho para a ação de transformação dos mesmos. Tem como pressuposto o conhecimento



empírico dos trabalhadores. Além disso, possibilitava “a reconstrução dos seus processos de trabalho, com a identificação dos riscos e dos danos a que estão expostos, sem a necessidade de entrar na empresa” (FACHINI, WEIDERPASS E TOMASI, 1991, p. 395).

Baseia-se em quatro conceitos básicos, a saber: valorização da experiência ou subjetividade operária; não delegação da produção do conhecimento, ou seja, os trabalhadores são fonte informação e investigação; levantamento das informações por grupos homogêneos de trabalhadores de compartilham as mesmas condições de trabalho e validação consensual das informações, controlando-se, assim, as variações individuais de opiniões. Um dos maiores méritos deste modelo é de revelar o que se faz questão de esconder, as reais condições de trabalho dentro das portas das empresas, permitindo à classe trabalhadora a defesa da sua saúde (FACHINI, WEIDERPASS E TOMASI, 1991, p. 395).

No Brasil, este modelo influenciou o movimento sindical na década de 70, por meio do intercâmbio entre técnicos de ambos os países, muito em detrimento do modelo economicista da monetarização do risco, ou seja, do pagamento dos adicionais de insalubridade ao trabalhadores (LACAZ, 2007).

## 2.2 ORGANIZAÇÃO DA ST NO SUS NO BRASIL

### 2.2.1 Breve Histórico

Entre as décadas de 1930 a 1980, a regulação dos ambientes e condições de trabalho foi de atribuição do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (PENA et. al., 2013; RAMOS JR, 2007). O primeiro, por meio de ações pontuais de inspeção nos ambientes de trabalho que mais geram acidentes de trabalho graves, possui como pressuposto teórico a SO e legal a CLT e as Normas Regulamentadoras. Tais normas deixam as empresas sob a tutela dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho, do Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional e dos Programas de Prevenção de Riscos

Ambientais, os quais, quase sempre são terceirizados e de qualidade duvidosa. Já a Previdência Social atua no sentido da reparação dos danos já instalados na saúde dos trabalhadores, deixando de atuar na prevenção e controle dos mesmos. Além disso, é alvo de severas críticas devido ao fato de dificultar a concessão e manutenção dos benefícios e da negação frequente do nexo entre o agravo e a ocupação do trabalhador (RAMOS JR, 2007).

Sobre a ST no SUS, Minayo-Gomez e Lacaz (2005) afirmam que, historicamente, a implantação dos serviços de ST no SUS pode ser dividida em basicamente três períodos, demarcados pelo protagonismo de diferentes atores sociais. O primeiro período, de 1978 a 1986, foi marcado pelo movimento da reforma sanitária, pela luta da redemocratização do país e pela existência dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), "experiências que inovaram e passaram a abordar a clientela de trabalhadores a partir da sua inserção no processo produtivo" (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005, p. 804). O segundo período, compreendido entre os anos de 1987 a 1997 foi marcado pela institucionalização da ST no SUS, por meio de legislações e por meio de avanços institucionais, principalmente pela transição dos PST para os Centros de Referência em ST (CRST). Infelizmente, os autores afirmam que houve um retrocesso, pois os CRST constituíram-se em serviços especializados, separados do restante do SUS.

Sobre o avanço dos marcos legais na ST na época, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 a qual afirma, em seu Art. 3º, que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, [...] o trabalho [...] os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País". Posto isto, a mesma lei afirma no seu Art. 6º que compete ao SUS à execução de ações de ST, as quais são:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1999, p.2).

Ainda na década de 90, outras importantes legislações foram publicadas, tais como a Norma Operacional de ST (NOST), por meio da Portaria 3908/1998; Portaria 3120/1998, da Instrução Normativa de Vigilância em ST (VISAT); Portaria

1339/1999, que instituiu a listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LEÃO E VASCONCELLOS, 2011).

O último período de implantação da ST no SUS, em 2002, iniciou-se com o advento da Rede Nacional de Atenção Integral a ST (RENAST), com vistas a superar a fragmentação entre assistência e vigilância e que "incorporasse em seu modelo estratégias de prevenção e agravos e de promoção da saúde" (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005, p. 805) e pela mudança do modelo assistencial do SUS para os serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005). A RENAST foi criada pela Portaria nº 1672/ 2002 e teve sua atualização por meio das Portarias (revogada devido à instituição do Pacto pela Saúde de 2006) e pela Portaria nº 2728/2009 sendo esta última a que vigora atualmente (BRASIL, 2015).

Esta divisão histórica em três períodos proposta por Minayo-Gomez e Lacaz (2005) foi sintetizada no QUADRO CONCEITUAL 1.

QUADRO CONCEITUAL 1 - HISTORICIDADE DA IMPLANTAÇÃO DA ST NO SUS A LUZ DE MINAYO-GOMEZ E LACAZ (2005)

Período	Principais Características
1978-1986	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexto da Reforma Sanitária Brasileira;</li> <li>1ª Conferência Nacional de ST (CNST);</li> <li>Programas de ST (PST): serviços inovadores que posteriormente influenciaram o modelo de atenção a ST no SUS, iniciando-se principalmente em São Paulo;</li> <li>Serviços de Saúde começaram a articular ações de vigilância e assistência aos trabalhadores;</li> <li>Abertura para a participação do movimento sindical;</li> <li>Influência do MOI e de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Internacional do Trabalho (OIT);</li> <li>Principal protagonista deste período foi o movimento sanitário, em especial das organizações sindicais;</li> </ul>
1987-1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institucionalização da ST no SUS por meio de marcos legais e serviços: Leis Orgânicas da Saúde; Centros de Referência em ST (CRST), os quais substituíram os PST;</li> <li>2ª CNST;</li> <li>Refluxos dos programas de ST: escopo das ações foi restringida a ação separada dos CRST do restante do SUS por serem instâncias de cunho especializado;</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rede Nacional de Atenção Integral a ST - RENAST: Portaria 1679/2002</li> <li>Mudanças no modelo assistencial do SUS: Foco nas ações da APS</li> </ul>

FONTE: Minayo-Gomez e Lacaz (2005) adaptado pela autora (2017).

Acrescenta-se a esta síntese histórica de Minayo-Gomez e Lacaz (2005) outros dois fatos de extrema importância para a ST no SUS: a tentativa do deslocamento do foco de ação da ST da assistência para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) por meio de legislações específicas, passando-se a incorporar a visão preventiva da ST (VASCONCELLOS, MINAYO-GOMEZ E

MACHADO, 2014). E, em 2012, o MS elabora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1823 do MS. A PNSTT é considerada um importante avanço, patrimônio reflexivo e de práticas do campo da ST, resultado histórico de duas décadas de disputas, articulações e pressões, representando a mudança mais profunda entre as políticas que vinham sendo aplicadas pelo governo federal até aqui (NEVES, 2013; MINAYO-GOMEZ, 2013).

Destaca-se o papel central dos Centros de Referência em ST (CEREST)<sup>9</sup> no processo de implantação da ST no SUS, os quais sofreram grandes mudanças nas suas formas de atuação, sintetizada por Neves (2013), contexto em que se inscreve o AM na ST, tema desta pesquisa:

Entre a implantação da RENAST em 2002 e a publicação da PNSTT em 2012, a ST mudou de eixo: se, inicialmente, os CEREST eram ambulatorios de assistência passaram, a partir da reestruturação com a Portaria 2437/2005, a adotar a vigilância epidemiológica e sanitária como foco que estrutura a referência, através das definições vindas da Rede Sentinela e da APS, e com a PNSTT devem assumir o apoio matricial a toda a rede SUS, em especial à atenção primária e dela a Estratégia Saúde da Família (ESF) (NEVES, 2013, p.57).

Assim, com base no que foi exposto, aprofunda-se adiante a discussão sobre o modelo de atenção à ST no SUS proposto pela RENAST e reforçado na PNSTT, em especial sobre o papel dos CEREST, discute-se sobre o foco das ações de VISAT e sobre os avanços e principais limites da ST no Brasil.

## 2.2.2 O modelo de atenção a ST no SUS: a estratégia da RENAST e dos CEREST

A principal estratégia do MS para incorporar as ações de ST no SUS é por meio da RENAST. Nas palavras de Leão e Vasconcellos (2011, p. 90), seu papel era "unir e criar interações entre os serviços de ST, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade responsáveis e engajados a questão da ST", cujos resultados estão aquém das expectativas iniciais, conforme será demonstrado a seguir.

---

<sup>9</sup> Antes os CEREST eram conhecidos pela sigla CRST, cuja nomenclatura foi alterada na segunda portaria da RENAST.

Na época da sua criação, em 2002, o MS após debates internos, precisava estruturar e normatizar a habilitação e o convênio entre os municípios, estados e MS para a implantação dos CEREST no território nacional (LEÃO E CASTRO, 2013; DIAS et. al. 2010; SANTOS E LACAZ, 2011). Além disso, a estratégia privilegiada na época preconizava a organização dos CEREST "como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais" (DIAS E HOEFEL, 2005, p. 819).

Conceitualmente, a RENAST é uma "rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da ST (DIAS E HOEFEL, 2005, p. 822). O próprio SUS é uma grande rede de saúde do Brasil, elaborada em contraposição ao modelo da assistência à saúde verticalizado, fragmentado e centralizado, sendo que a ideia de rede está vinculada a melhor distribuição dos serviços de saúde e suas ramificações no território nacional (LEÃO E VASCONCELLOS, 2011). Neste sentido, em 2010, o MS propõe a estruturação das RAS no SUS, por meio da Portaria nº 4279, na tentativa de sanar esta fragmentação, sendo a APS o fio condutor e coordenador do cuidado. Haveria evidências de que o SUS estruturado por meio da RAS poderia apresentar melhorias significativas para a qualidade do atendimento clínico, do trabalho sanitário, da satisfação dos usuários com o sistema e redução dos custos (NEVES, 2013).

Leão e Vasconcellos (2011), em estudo intitulado RENAST: "reflexões sobre a estrutura de rede", trazem o histórico da implementação desta rede no âmbito interno do MS, o qual, na época, era dividido na Secretaria de Políticas de Saúde, na qual se situava a Coordenação de ST (COSAT), e na Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), na qual se situava uma assessoria de SO. Ambas tinham concepções e projetos diferentes para a RENAST, e a que "venceu o duelo" foi a SAS, cujas críticas recebidas estavam situadas na visão assistencialista da mesma. Por meio da análise dos instrumentos normativos da RENAST (Portaria nº 1672/2002, nº 2.437/2005 e nº 2728/2009) os autores afirmam então que se percebem mudanças nas portarias para engendrar maiores articulações das ações em rede, com dificuldades decorrentes do fato de que, para além das questões normativas, não vislumbraram a participação das partes envolvidas no processo, inclusive, de representantes dos trabalhadores.

Cabe aqui uma breve explicação sobre estes instrumentos normativos, a luz de Leão e Vasconcelos (2011) e suas principais críticas à RENAST, conforme o QUADRO CONCEITUAL 2.

QUADRO CONCEITUAL 2 - PRINCIPAIS ASPECTOS DAS PORTARIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA RENAST, A LUZ DE LEÃO E VASCONCELOS (2011)

Portaria	Principais Aspectos
1ª Portaria da RENAST nº 1672/ 2002:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baseada na versão elaborada pela SAS;</li> <li>- Possibilitou a implementação dos CRST em todo o país por meio de incentivos financeiros;</li> <li>- Faz alusão a uma rede de saúde de caráter mais intra-setorial;</li> </ul>
2ª Portaria da RENAST nº 2437/2005:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualização para ajustes e incorporar novas formas de atuação da RENAST, por meio de organização de serviços e municípios sentinela; implementação de ações de vigilância e de promoção da saúde; fortalecimento do controle social aumento do repasse financeiro;</li> <li>- O principal objetivo seria integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância;</li> <li>- Os CEREST atuariam como unidades especializadas de retaguarda técnica para as ações;</li> <li>- Faz alusão a uma rede de saúde de caráter mais intra e intersetorial;</li> </ul>
3ª Portaria da RENAST nº 2728/ 2009:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nova portaria para atualizar e adequar a RENAST ao Pacto pela Vida e de Gestão;</li> <li>- Volta a dispor sobre a implementação da RENAST;</li> <li>- Ressalta a importância de pactuações nas Comissões de Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT);</li> <li>- Mantém as mesmas diretrizes de inclusão, implementação e fomento da RENAST, fato que demonstra as dificuldades de implementação das ações propostas nas portarias anteriores;</li> <li>- Faz alusão a uma rede de saúde de caráter mais intra e intersetorial;</li> </ul>
<b>Pontos de Crise da RENAST:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de uma concepção de Integralidade;</li> <li>- Ênfase desproporcional em uma das partes da atenção - o assistencialismo;</li> <li>- Ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação;</li> <li>- Heterogeneidade da inserção institucional dos CEREST;</li> <li>- O reconhecimento impróprio dos membros dos CEREST em relação ao seu papel;</li> <li>- A ausência de uma missão estruturante;</li> </ul>	

Fonte: Leão e Vasconcellos (2011) adaptado pela autora.

Especificamente sobre os CEREST e seu papel dentro da RENAST, eles trouxeram avanços setoriais, experiências exitosas e conhecimento técnico na área da ST (SANTOS E LACAZ, 2011). Há na literatura exemplos de ações exitosas destes equipamentos, principalmente em ações no âmbito da VISAT (ações emblemáticas, tais como a vigilância da exposição ocupacional ao benzeno em postos de combustíveis; aos acidentes de trabalho; ao setor canavieiro; banimento do amianto em alguns estados (MINAYO-GOMEZ, 2013)) e ações de AM para a RAS do SUS, com ênfase na APS (SANTOS E LACAZ, 2014; LACAZ E SANTOS, 2010; SANTOS, 2010). Porém, eles estão em processo de rediscussão sobre sua missão, devido ao fato de que a RAS do SUS continuou alheia à discussão sobre a

relação trabalho e adoecimento, configurando os "guetos" da ST (DIAS E HOEFEL, 2005; SANTOS E LACAZ, 2011; LEÃO E CASTRO, 2013).

De acordo com o MS, na primeira portaria da RENAST, preconizava que os CEREST já existentes se organizassem, se habilitassem e se cadastrassem conforme as novas diretrizes. Os CEREST poderiam ser de abrangência estadual e regional, sendo que os regionais deveriam estar sediados em municípios - polos ou sedes de regiões de saúde. A Portaria descrevia também os critérios populacionais para a distribuição dos CEREST no âmbito nacional, número de profissionais que deveriam compor suas equipes, repasses financeiros e um cronograma de implantação de vários outros CEREST no Brasil. Definiu-se o papel dos CEREST da seguinte forma:

Devem ser compreendidos como polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada (BRASIL, 2002, p. 2).

Ou seja, os CEREST não deveriam ser porta aberta para o sistema de atenção, mas sim, atuar como suporte técnico e supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos (BRASIL, 2002). A RENAST teve duas atualizações, e uma das novidades da última atualização é a possibilidade de habilitação dos CEREST Municipais, para aqueles municípios que possuíssem população superior a 500 mil habitantes. Além disso, ela também define como principal função do CEREST, no seu Art. 7º, “dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais” (BRASIL, 2009a). Constava também nesta última portaria que até Março de 2009 havia no Brasil 178 CEREST habilitados, sendo que destes, 26 eram estaduais e 152 regionais (BRASIL, 2009). Atualmente, de acordo com dados do Ministério da Saúde, temos no Brasil 208 CEREST, sendo que continuamos com os mesmos 26 estaduais, e o único estado brasileiro sem CEREST é o Sergipe (BRASIL, 2015a).

Neves (2013), ao se debruçar sobre a configuração dos CEREST no SUS faz a reflexão de que as atribuições desses equipamentos ao longo dos instrumentos normativos da ST (Portarias da RENAST e da PNSTT) apresentou mudanças substanciais, a saber: o crescimento do número de CEREST por meio do financiamento do MS, a despeito da capacidade instalada dos mesmos devido ao número reduzido de profissionais; mudanças na sua identidade, que na época do seu nascimento tinha cunho ambulatorial, e passa a ser de polo irradiador da PNSTT, inclusive, com a nova função de Apoio Matricial (AM): "o que se observa é que as ações propostas são progressivamente mais complexas e com maior carga laboral" (NEVES, 2013, p.87). O autor elaborou um quadro sobre a evolução dos serviços desenvolvidos pelos CEREST regionais ao longo de 10 anos de RENAST (2002-2012), o qual consta no QUADRO CONCEITUAL 3.

QUADRO CONCEITUAL 3 - DIFERENÇAS DE ATRIBUIÇÃO DO CEREST REGIONAL E EQUIPE MÍNIMA (2002-2012), A LUZ DE NEVES (2013)

<b>De acordo com a Portaria nº 1679 (BRASIL, 2002)</b>	<b>De acordo com a Portaria 1823 (BRASIL, 2012)</b>
Suporte técnico especializado para a RAS em relação ao atendimento, diagnóstico, registro, notificação e VISAT;	Suporte técnico, educação permanente e coordenação de projetos especializados para a RAS do SUS em relação ao atendimento, diagnóstico, registro e notificação e VISAT;
Supervisão da RAS do SUS para a ST;	<b>Oferecer Apoio Matricial (AM) para toda a RAS<sup>10</sup>;</b>
Ações integradas de intervenção especializada com outros setores da saúde, governamentais e não governamentais;	Ser o centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de ST;
Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica;	Se tornar polo irradiador das ações e experiências de VISAT;
Ações de promoção À ST;	Capacitar a RAS para identificar as atividades produtivas e o perfil epidemiológico dos trabalhadores adscritos aos territórios de saúde de cada serviço;
Organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos agravos à ST constantes na Portaria nº 1339/1999;	Capacitar os profissionais de saúde para identificar e monitorar os casos atendidos em que forem identificados agravos decorrentes do trabalho;
Estruturação do processo de qualificação de recursos humanos da rede de serviços do SUS, participando do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da ST, em todos os níveis de atenção;	
<b>Equipe Mínima<sup>11</sup></b>	

<sup>10</sup> Grifo da autora. Esta atribuição será aprofundada teoricamente na próxima seção.

<sup>11</sup> O autor utilizou como parâmetro de equipe mínima as duas primeiras portarias da RENAST devido ao fato de que os dispositivos legais mais recentes não trazem esta informação (Portaria 2728/2009 e Portaria 1823/2012). Na época da pesquisa do autor, o Manual de Gestão da RENAST ainda não



2002 (PORTARIA 1679)	2005 (PORTARIA 2437)
CRST Regional A*	CEREST Regional
oito profissionais, cinco de nível superior, sendo ao menos dois médicos, e um enfermeiro com formação em ST, um profissional de nível médio e um auxiliar de enfermagem;	10 profissionais, sendo seis de nível superior, sendo ao menos dois médicos (20 horas) e um enfermeiro (40 horas) e quatro de nível médio, sendo ao menos dois auxiliares de enfermagem.
CRST Regional B*	2011 - Manual de Gestão da RENAST
10 profissionais, ao menos o mesmo número de profissionais da equipe A mais um profissional de nível superior e um profissional de nível médio	10 profissionais, sendo seis de nível superior, sendo ao menos um médico (20 horas) e quatro de nível médio.

FONTE: NEVES (2013, p. 86).

\* A Portaria nº 1679/2002 classificava os CRST em seis tipos (CRST Estadual **a**, **b** e **c** e CRST Regional **a**, **b** e **c**), cujos critérios de porte variavam de acordo com a quantidade de habitantes da capital ou região de saúde sede do equipamento para repasses financeiros e dimensionamento da equipe mínima (BRASIL, 2002). Atualmente existem CEREST classificados de acordo com a abrangência estadual, regional e municipal (para municípios com população acima de 500 mil habitantes), organizados desta forma a partir da Portaria 2728/2009 (BRASIL, 2009a).

### 2.2.3 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT

Um dos dispositivos legais mais recentes, demonstrando o avanço na área da ST é a PNSTT, instituída pela Portaria nº 1.823/2012, cuja finalidade é:

Definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos [...] considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012, p. 2).

Além disso, ela define também quem são os trabalhadores, sujeitos das ações de ST no âmbito nacional:

Homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo,

---

havia sido atualizado, sendo a primeira versão de 2006 (BRASIL, 2006a). A nova versão deste documento foi recebido pelo CEST, enviado pelo MS em 2015, o qual esteve em consulta pública no mesmo ano e ainda não foi disponibilizado a versão final. Neste documento, consta que a equipe mínima do CEREST Estadual deve ser de 15 profissionais e dos CEREST Regionais e Municipais de 10 profissionais (BRASIL, 2015a).

avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012, p.2).

A PNSTT tem por objetivos fortalecer a VISAT, promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, garantir a integralidade na atenção à ST (o que pressupõe a inserção de ações de ST em todos os pontos da RAS, por meio de construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da ST), ampliar o entendimento de que a ST deve ser concebida como uma ação transversal na RAS do SUS e incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença (BRASIL, 2012). Para tal, propõe como estratégias principais, assim resumidas:

- Integração da VISAT com os demais componentes da vigilância em saúde e com a APS: sugere que isso ocorra por meio da ampliação técnica das equipes de vigilância, especialmente para a atuação do AM às equipes de referência dos municípios;
- Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: importante frisar a importância da notificação dos agravos da ST e investigação dos casos de acidentes de trabalho graves e de óbitos, bem como das intoxicações exógenas por agrotóxicos; esta ação é de extrema importância para a ST, uma vez que sem o perfil de adoecimento e processos produtivos dos territórios não é possível planejar ações com vistas à prevenção e promoção da saúde, bem como ações de intervenção nos ambientes e processos produtivos geradores de danos;
- Estruturação da RENAST no contexto da APS: aqui também se propõe a utilização da estratégia do AM por parte dos CEREST;
- Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial: para tal, propõe ações de fiscalização em conjunto com os Ministérios do Trabalho e do Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e com o Ministério Público;
- Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social: destaca-se o apoio às Comissões Intersetoriais de ST (CIST) nos estados e municípios e acolhimento das demandas dos representantes das comunidades e do controle social;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos: destaca-se a constatação dos vínculos precários dos trabalhadores da saúde, os quais

devem ser contratados por meio de concursos públicos e a inserção de conteúdos inerentes a ST nos processos formativos;

- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;

Posto isto, concordamos com a opinião de Minayo-Gomez (2013) ao afirmar que o documento da PNSTT está bastante detalhado e consistente, contudo, é ambicioso no sentido da efetivação das ações propostas. Já para Neves (2013), a PNSTT transcende ações na esfera do campo da ST para toda a RAS do SUS, pretendendo ser um instrumento orientador da atuação em ST, integrando a complexidade e contradições do SUS. Iniciativa louvável do MS em tempos em que a RENAST sofria duras críticas ("rede que não enreda") o seu documento resgata a centralidade do trabalho na saúde e possui como foco as ações de VISAT para a integralidade da atenção a ST (COSTA et. al., 2013).

#### 2.2.4 Papel da RAS do SUS para a ST, com ênfase na APS

As atribuições da APS dentro do escopo de ações da ST, conforme versa a PNSTT são (BRASIL, 2012):

- Reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;  
Reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território;
- Reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à ST, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;
- Identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;  
Inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em ST, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrízes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;

- Identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;
- Suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
- Notificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; Subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;
- Articulação com as equipes técnicas e os CEREST, sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;
- Definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e Incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

Ademais, cabe à APS considerar sempre que “os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares” (BRASIL, 2012, p.31). A APS assume papel de destaque para as ações de ST, por ser a ordenadora da RAS, coordenadora do cuidado e por seus atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária (BRASIL, 2010). Além disso, todo o contexto da APS pode ser interpretado como uma oportunidade de atendimento aos trabalhadores a partir do momento em que a

concepção do trabalho como determinante do processo saúde-doença seja incorporada pelos profissionais da APS (SILVA et. al., 2014).

Contudo, há estudos que apontam as dificuldades da APS em lidar com as questões próprias da ST (inerentes à própria estrutura da APS, do SUS e da ST): precariedade da rede física; baixo índice de conectividade e informatização das unidades básicas de saúde; ausência de fluxos bem definidos e eficientes de regulação; lacunas nos processos de formação dos profissionais; ausência de suporte técnico, de apoio institucional e ausência de linhas de cuidado na RAS, fatores que limitam a capacidade de respostas das equipes de APS com relação às questões da ST, em especial do nexo entre o adoecimento e os processos de trabalho; forma de adscrição da clientela, cujo critério é a moradia, impossibilitando o cuidado dos indivíduos que trabalham e não residem no território de abrangência das equipes; modelo de atenção centrado em ações assistenciais; a grande demanda espontânea; falta de preparo técnico e elevada rotatividade dos profissionais; precarização do trabalho; sobrecarga de trabalho (SILVA et. al., 2014; DIAS E SILVA, 2013; LACAZ et. al. 2013).

Souza e Virgens (2013, p.297) afirmam que para a inclusão das ações de ST na APS não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes da APS, sendo importante que as tarefas sejam redimensionadas, as equipes, capacitadas, valorizadas, que disponham de suporte de recursos físicos, materiais e organizacionais pelas secretarias de saúde, além do bom funcionamento da rede e de fluxos de referência e contrarreferência. Além disso, as lacunas da atuação da APS em ações de ST decorrem de desafios inerentes ao próprio processo de implementação do SUS como um sistema cuja missão constitucional de interpenetrar as demais políticas públicas de interesse da saúde nem sempre é plenamente concretizada na prática (LEÃO E VASCONCELLOS, 2011). Lacaz et. al. (2013) afirmam também que a Estratégia de Saúde da Família:

Inscrita no processo de ajuste neoliberal, acaba por fomentar a lógica privada no espaço público, uma vez que: restringe o universo das pessoas a serem atendidas, focaliza a atenção em grupos de risco – bolsões de pobreza – e limita os serviços a ações pré-estipuladas em âmbito central; ocultando as contradições sociais, ao utilizar o conceito de comunidade; substituindo os sujeitos políticos na tomada das decisões da coletividade por sujeitos técnicos, fazendo com que o direito universal e geral à saúde fique reduzido ao atendimento das carências de grupos sociais particulares (LACAZ et al., 2013, p.76).

Ademais, discute-se recentemente as atribuições da APS com relação às ações de VISAT, as quais, tradicionalmente, eram de incumbência de níveis especializados da rede de serviços, em especial dos CEREST e do setor da ST dos municípios e estados, desafiando gestores e técnicos dos três níveis de gestão do SUS na busca da integralidade do cuidado ao trabalhador. Inclusive, na PNSTT, preconiza-se nas suas estratégias a integração da VISAT com a APS (DIAS, 2016; UFMG E MS, 2016; BRASIL, 2012). Além disso, cresce a importância da atenção à ST na APS, em especial às ações de VISAT,

Em decorrência do processo de reestruturação produtiva, que desloca parcelas dos processos produtivos para o domicílio e peri domicílio do trabalhador, tornando-se invisíveis e inacessíveis à fiscalização do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (DIAS, 2016, p. 3).

Na tentativa de aproximar a ST da APS, a PNSTT propõe a utilização do AM como ferramenta de trabalho para a prestação de retaguarda técnica especializada entre CEREST e a RAS do SUS (BRASIL, 2012). Sobre isso, Dias e Silva (2013) apontam que essa metodologia de trabalho pode ser encarada como um desafio e uma oportunidade para a redefinição do papel dos CEREST, principalmente para a APS. Estudo de Santos (2010) e Santos e Lacaz (2012) apontam as potencialidades do AM na ST, a partir da experiência do município de Amparo/SP, entre o CEREST e a APS:

É relevante apontar a mudança no olhar dos profissionais da SF para os trabalhadores atendidos, após o AM, com a introdução da relação trabalho-saúde na assistência à saúde da família. Assim, uma característica marcante da experiência é a de apresentar possibilidades de transcender a abordagem tradicional de ações médico-assistenciais individuais para uma que vise ações coletivas de prevenção, promoção e vigilância. Desse modo, o AM fortalece o ponto de vista da ST sobre a determinação social do processo de adoecimento, que pode servir de referência para a reorientação do modelo médico-assistencial vigente, revelando-se como um passo à frente na construção da pretendida atenção integral proposta pelo SUS. Diante da premente necessidade de incorporação das ações de ST na rede básica do SUS, apontada por diversos autores do campo, o dispositivo de reorganização do trabalho do AM em ST apresenta-se como possibilidade concreta para tanto (SANTOS E LACAZ, 2012, p.1149).

Especificamente sobre esta discussão das ações de ST na APS por meio do AM, construiu-se um artigo de Revisão Integrativa sobre o tema, o qual consta no capítulo dos resultados.

Sobre as ações de ST da Média e Alta Complexidade, estas dizem respeito à rede de serviços sentinela em ST, os quais devem estar capacitados para identificar, investigar e notificar os casos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. São exemplos de serviços sentinelas em ST: Ambulatórios de especialidades; ortopedia; fisioterapia; fisioterapia; reabilitação; pronto atendimento; pronto socorro geral e ortopédico; hospitais; clínicas das faculdades da área de saúde; serviço diagnóstico de rádio imagem, entre outros (BRASIL, 2015a).

#### 2.2.5 O eixo norteador das ações de ST na RENAST: A VISAT

A VISAT é o eixo norteador das ações de ST no SUS por meio de um vasto aparato legal, desde a Lei nº 8080/90, da Portaria nº 3.120/1998, a qual aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (VISAT) além de normativas dos estados e municípios (VASCONCELLOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014). Dias e Silva (2013) complementam que o fortalecimento da VISAT é uma das principais diretrizes da PNSTT.

A VISAT é conceituada pelo MS da seguinte forma:

Compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998, p. 2).

A VISAT utiliza-se dos princípios do SUS, a saber, universalidade, integralidade, hierarquização e regionalização, mas, para além deles, a Instrução Normativa da VISAT propõe outros princípios fundamentais, como a pesquisa - ação e o caráter transformador, pois a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho deve ter um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho (BRASIL, 1998). As ações de VISAT devem ser “transversais às vigilâncias específicas”, as quais devem ser organizadas conforme o território de saúde e ou problema de saúde, com práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e

intersetorial (BRASIL, 2015). Propõe-se, portanto, os objetivos da VISAT: conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora; intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los; avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à saúde; subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo; estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde (BRASIL, 1998).

Além disso, a instrução normativa da VISAT coloca algumas estratégias para auxiliar os Estados, Regiões e Municípios na implantação dos objetivos descritos anteriormente, por meio dos seguintes critérios: levantamento das demandas das organizações sindicais, por meio do elenco de ramos produtivos prioritários nos territórios, levantamento das características do próprio território que se façam pertinentes e por meio do uso da epidemiologia no sentido de detectar, por meio de eventos sentinelas, situações ainda não exploradas de condições de trabalho que tragam riscos à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1998).

A despeito das normativas da VISAT do MS, são muitas as concepções sobre ela, sendo a mais utilizada a visão de a VISAT se restringe às inspeções pontuais nos locais de trabalho, seguindo a lógica do Ministério do Trabalho (SANTOS E LACAZ, 2011). Além disso, as equipes de vigilância do SUS encontram entraves e alegações de inconstitucionalidade dessas ações, as quais são movidas por interesses corporativos ou contrários à garantia da ST (UFMG E MS, 2016). Inclusive, os próprios trabalhadores são resistentes às ações de interdições de máquinas, por exemplo, devido à necessidade da manutenção dos seus empregos (SANTOS E LACAZ, 2011).

Sobre a atuação dos CEREST para com as ações de VISAT, Vasconcelos, Minayo-Gomez e Machado (2014, p. 4619) afirmam que os CEREST têm papel central na disseminação das práticas de VISAT na RAS do SUS:

São os CEREST que devem desencadear a VISAT, seja disseminando-a na própria rede SUS, onde ela deve permear grande parte das ações, como fora dela. Seu papel é estratégico neste sentido, até porque não são os CEREST os executores exclusivos da VISAT. Eles representam a base de conhecimento técnico e legal, inclusive na formação de agentes de vigilância, para que a VISAT possa ser incorporada às estruturas formais com poder de intervenção, como é o caso da vigilância sanitária, às que detêm o poder de sistematizar informações, como é o caso da vigilância



epidemiológica e da vigilância em saúde ambiental, além daquelas com poder de geração de demandas, como é o caso da atenção básica, entre outras (VASCONCELLOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014, p. 4618).

Os autores supracitados afirmam que as ações de VISAT têm sua relevância social devido ao fato de que, por meio delas "é possível interromper o ciclo de doença e morte no trabalho" (VASCONCELOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014, p. 4618). Neste sentido, Lacaz (2014) complementa que:

Por estar situado em um espaço de interseção marcado pelo conflito de interesses estabelecido entre o processo de valorização do capital e a luta dos trabalhadores contra a exploração daí advinda, o campo da ST tem forte conotação político-ideológica, o que não deve descaracterizar sua capacidade de produzir conhecimento científico e de interferir na realidade para transformá-la, na perspectiva de re-humanização do trabalho (LACAZ, 2014, p. 607).

Esta transformação da realidade dos processos de trabalhado, então, dar-se-á por meio das ações de VISAT, pois, a ST "está no centro de uma arena de conflitos e a VISAT é o instrumental ético, político, técnico e metodológico para fortalecer o lado que normalmente perde sua saúde e até sua vida nessa arena" (VASCONCELOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014, p. 4625). Contudo, por meio da análise da literatura percebe-se a descrição de várias ações de VISAT focadas em determinados agravos de ST (tais como asbestose e nos acidentes de trabalho graves e fatais), ações em determinados segmentos econômico-produtivos (tais como nos ramos petroquímico, siderúrgico, frigorífico, agronegócio, construção civil), ações sobre determinados contextos socioeconômicos de grupos populacionais específicos (no caso do trabalho infantil, por exemplo) e um grande aparato legal dispenso em legislações federais, estaduais e municipais. Contudo, não há uma sistematização das suas ações nível nacional (VASCONCELOS, MINAYO-GOMEZ E MACHADO, 2014, p. 4625).

Os principais motivos para esta falta de sistematização das ações de VISAT (desafios e perspectivas) foram resumidos em quatro eixos pelos autores Vasconcelos, Minayo-Gomez e Machado (2014), a saber:

(1) o lugar de fala da VISAT – para passar do discurso à ação: dentro da RENAST, os CEREST são os principais articuladores da VISAT no SUS, porém, os pesquisadores concluíram que tais ações constituíam-se em experiências

incipientes, com desempenho fraco diante dos problemas de saúde dos trabalhadores;

(2) a formação de agentes de VISAT: formação qualificada de técnicos dos CEREST, principalmente, mas também das demais vigilâncias e de diversos agentes públicos e sindicais para, além de viabilizar no nível local o desencadeamento de ações, despertar um compromisso público com a defesa da vida e da saúde no trabalho, também para uma mudança de cultura no setor saúde, no tocante ao reconhecimento da categoria trabalho como determinante social fundamental da saúde;

(3) o resgate dos trabalhadores enquanto sujeitos da ação de VISAT: os movimentos de luta dos trabalhadores, especialmente pela saúde, perderam força e unidade nos últimos anos muito em decorrência da descontinuidade e a da baixa resolutividade das ações desencadeadas;

(4) as estratégias de articulação intersetorial com outras áreas do Estado: universidades (capacidade técnica e conhecimentos aprofundados para analisar e intervir sobre certas situações de trabalho nas áreas de produção de conhecimentos sistematizados), forças-tarefa conjuntas de setores estatais, tais como com os Ministérios Público Federal e Estadual, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, da Agricultura e Produção Agrícola, do Desenvolvimento Agrário, do Meio Ambiente (na perspectiva da força coercitiva de convencimento das mudanças);

(5) o diálogo estruturante dos pares: começemos a pensar em estratégias de diálogo, financiamento, monitoramento e avaliação das pesquisas (em parcerias com as universidades) e projetos de desenvolvimento da VISAT no Brasil (compartilhamento de experiências em nível da RENAST).

Posto isso, o MS, em 2014, elaborou um documento intitulado "Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS" (BRASIL, 2014a), o qual está disponível no site da RENAST online. Tal documento apresenta a VISAT, conceitua, apresenta seus objetivos, diretrizes, atribuições e suas estratégias para suas ações no SUS nos seus diversos níveis, sendo que alguns destes conceitos já foram apresentados. Propõe que devem ser considerados como critérios de prioridade para a definição de ações de VISAT: a priorização de demandas sociais, por meio da participação dos trabalhadores na definição da ação dos serviços de saúde, por critérios epidemiológicos, abordagem territorial, abordagem por ramo de

atividade produtiva, por cadeiras produtivas e por prioridades institucionais (BRASIL, 2014a).

#### 2.2.6 Notificação dos Agravos<sup>12</sup> da ST: O problema da Subnotificação

Sobre as doenças e acidentes relacionados ao trabalho, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.339 de/GM de 18 de Novembro de 1999 (BRASIL, 1999), instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para uso clínico e epidemiológico, e instituiu os Agravos de Notificação Compulsória em ST, para fins de ações de VISAT desde 2004 (então pela Portaria nº 777) (BRASIL, 2004), os quais estão regulados atualmente pelas Portarias nº 204 e nº 205 de 2016 (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2016c). Tais agravos devem ser alimentados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), regulamentado pela Portaria nº 1887/1997, cujo objetivo é coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, permitindo a realização do diagnóstico de uma determinada área geográfica (BRASIL, 2007).

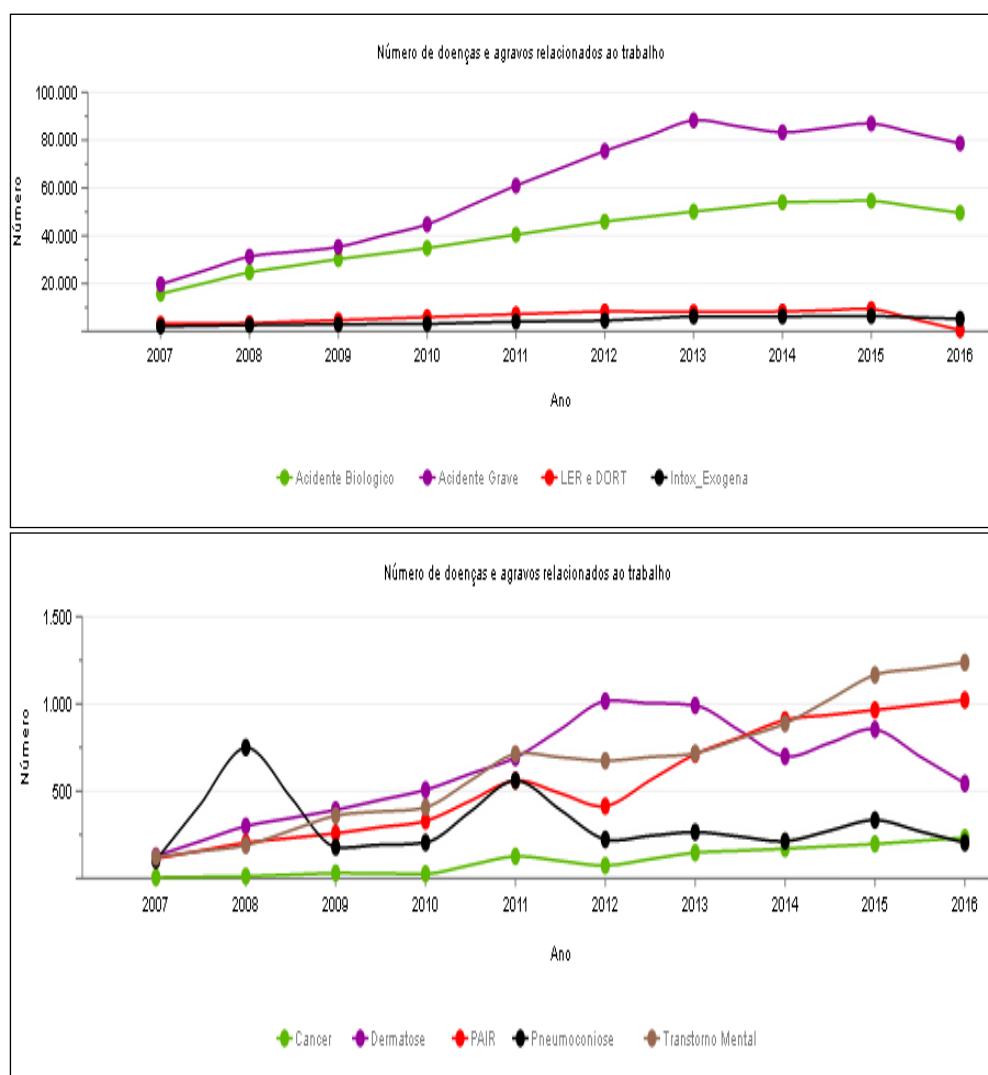
Os agravos contidos na Portaria nº 204/2016 são (BRASIL, 2016b): Acidente com Material Biológico; Acidentes de trabalho: graves, fatais e envolvendo crianças e adolescentes; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados). Os agravos contidos na Portaria nº 205/2016 são: Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; Dermatoses Ocupacionais; Câncer Relacionado ao Trabalho; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) – relacionadas ao trabalho; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; Lesões por esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) (BRASIL, 2016c).

Estes agravos são monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Trata-se de monitorar indicadores chaves em unidades de saúde selecionadas (dados de morbimortalidade e agentes etiológicos de interesse para a saúde pública), que sirvam como alerta precoce para o sistema de vigilância (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2016c).

---

<sup>12</sup> Agravos: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas (BRASIL, 2016a).

FIGURA 4 – SÉRIE HISTÓRICA DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA ST, BRASIL, SINAN, 2007 A 2016



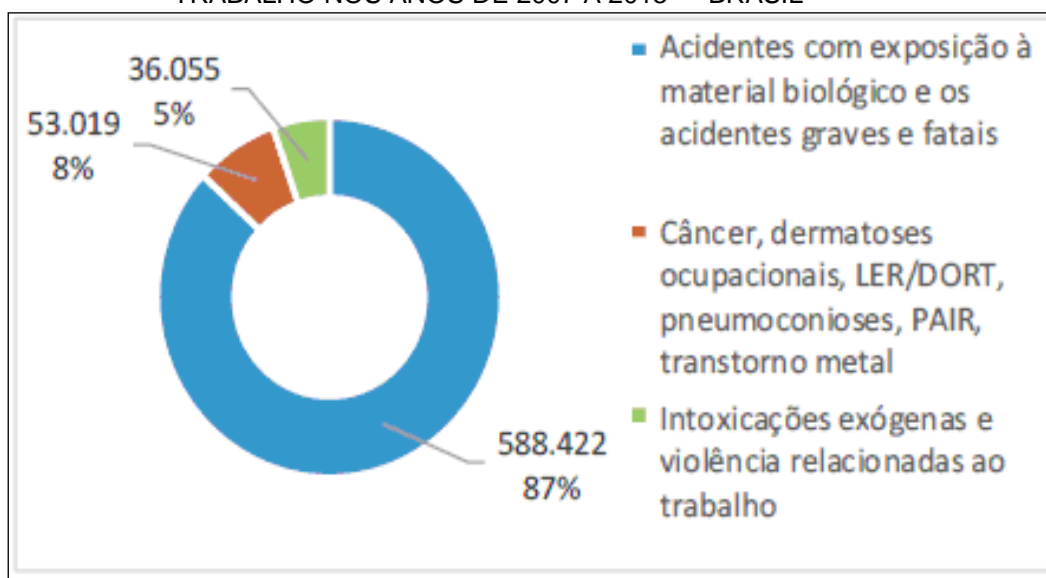
FONTE<sup>13</sup>: BRASIL (2017a) - SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGIA DO MS, DADOS ATUALIZADOS EM 01/02/2017

Observa-se na série histórica que houve um aumento em termos da quantidade de notificações em todos os agravos de notificação compulsória da ST, com exceção da LER/DORT. Porém, os acidentes de trabalho graves, os acidentes com exposição a material biológico e intoxicações exógenas permaneceram com a maior quantidade de notificações (somados representam mais de 85% dos casos em comparação com as doenças). De acordo com a Coordenação de ST (COSAT) do MS (2014), entre os anos de 2007 a 2013 houve uma média de crescimento de 24% em termos de notificação, sendo que ocorreram picos de incremento nos anos de

<sup>13</sup> Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

2008 e 2011 (54% e 28%, respectivamente), os quais podem ser relacionados uma ampliação da capacidade de notificação, mais importante no primeiro ano, devido à implementação da rede sentinela em ST no Brasil e, no segundo a consolidação da estratégia de notificação, em suas diferentes possibilidades no SUS (BRASIL, 2014b).

FIGURA 5 – NOTIFICAÇÃO TOTAL DE AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO NOS ANOS DE 2007 A 2013\* – BRASIL



\*MS/SVS - SINAN - Base de dados de 07/11/2014. FONTE: BRASIL (2014b)

Destaca-se este outro gráfico do MS na FIGURA 5, apresentado em um Boletim/Informe da ST, preparatório para a 4ª CNST (BRASIL, 2014b) em que as violências também são analisadas. Nele, o MS afirma que os acidentes graves e fatais apresentaram leve tendência à aceleração do crescimento do número e registros, enquanto que os acidentes com material biológico mostram mais evidente desaceleração. As doenças contabilizam 8% dos agravos, sendo que as LER/DORT predominam com 74% das notificações, mas apresentaram o menor crescimento médio anual (16%). Os demais agravos, com número relativamente pequeno de notificações apresentaram uma grande oscilação do crescimento de um ano para o outro e destaca-se o crescimento médio anual de 75% para os cânceres e 40% para as dermatoses. Interessante à análise feita pelo MS sobre os agravos de notificação universal de interesse compartilhado<sup>14</sup>, que corresponderam a 5% dos casos. Neste

<sup>14</sup> A ficha de notificação das intoxicações exógenas e violências interpessoais e autoprovocadas não são de interesse exclusivo da ST.

grupamento predominam as intoxicações exógenas (66%), porém, o crescimento das notificações de violência relacionadas ao trabalho é o mais elevado de todos os agravos de notificação, com valor médio anual atingindo os 217%.

Os sistemas de informação no Brasil são avançados, mas dados sobre acidentes de trabalho continuam a demandar melhores registros, tanto em cobertura, como de qualidade dos dados. Ademais, os agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios acidentários da Previdência Social (GALDINO, SANTANA E FERRITE, 2012). Também, pode-se afirmar que os acidentes são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se em importante problema de saúde pública, devendo, portanto, serem objeto prioritário das ações do SUS (BRASIL, 2006b).

Apesar de evidências da melhora, em termos de identificação, registro, cobertura, qualidade do dado, análise e divulgação dos dados dos sistemas de informação em saúde (BAHIA, 2011b), há uma grande subnotificação dos agravos da ST no SINAN, com ênfase nas doenças relacionadas ao trabalho, matéria esta de estudo de diversos pesquisadores no Brasil. Constata-se este fato ao compararmos a quantidade de casos de acidentes de trabalho registrados no SUS com outras fontes de informação, tais como os dados do Ministério da Previdência Social (que em 2013 registrou 717.911 casos) e da última Pesquisa Nacional de Saúde (que no ano de 2013 registrou quase cinco milhões de pessoas que referiram ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho no período do estudo) (FUNDACENTRO, 2013). Apesar das metodologias de análise serem diferentes e os públicos alvo também, pode-se ter uma ideia do problema, pois neste mesmo ano de 2013, o SINAN registrou apenas 155.595 casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no Brasil (BRASIL, 2016d).

Neste sentido, Santos e Lacaz (2011, p.102) afirmam que na medida em que “as informações processadas pelo SUS não ganham visibilidade social, as estatísticas da previdência social, mesmo que limitadas aos trabalhadores regidos pela CLT, ainda constituem a principal fonte de informações disponíveis ao público externo do SUS”. O problema da subnotificação atrapalha a compreensão do fenômeno social que são os acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho e a implementação de políticas públicas. Os acidentes de trabalho são

entendidos como uma forma de violência, que apesar do nome, não podem ser considerados como acidentes, pois parte-se do pressuposto, dentro da ST, que a maioria deles são evitáveis (CORDEIRO et. al., 2006; MACHADO E MINAYO-GOMEZ, 1994). As causas da subnotificação são múltiplas, localizadas na definição da relação entre o risco, o agravo e o trabalho, identificação e no registro dos casos, devido principalmente a implicações políticas, jurídicas, conflitos de interesses econômicos, estigma ou negligência de parte de empregadores e profissionais de saúde, entre outros fatores (SANTANA et. al., 2007).

#### 2.2.7 Avanços, limites e dificuldades da ST no SUS no Brasil

Apesar dos avanços no campo da ST, em especial na área da VISAT, devido, principalmente, a implantação da RENAST, trazendo visibilidade à área no SUS e com possibilidade de financiamento das ações (UFMG, 2010; DIAS E HOEFEL, 2005), os autores utilizados nesta pesquisa colocam outros desafios, além dos que já foram apresentados nesta seção. Estamos vivendo anos de retrocesso, pois retomamos o discurso da Saúde Ocupacional (“devido à falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a determinação social do processo saúde-doença gerando a incapacidade crônica de intervenção sobre os processos de trabalho adoecedores” – SANTOS E LACAZ, 2011, p.101); a academia está produzindo pouco conhecimento de caráter interdisciplinar e ideológico do campo da ST; atuação insuficiente do Estado no que tange a prevenção e promoção de ambientes e processos de trabalho mais adequados; baixa integração intersetorial dos CEREST com a RAS do SUS; mudança do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, com ênfase aos problemas de Saúde Mental dos trabalhadores em detrimento da invisibilidade dos dados oficiais; destaca-se a escassa participação dos trabalhadores nos processos decisórios, devido, principalmente, o atual contexto de desemprego estrutural e globalização neoliberal (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997; MINAYO-GOMES E LACAZ, 2005; LACAZ, 2007; COSTA et. al., 2013; LACAZ, 2014; VASCONCELOS, MINAYO-GOMES E MACHADO, 2014; SANTOS E LACAZ, 2011).

Dias, Bertolini e Pimenta (2011) afirmam que apesar dos mais de 20 anos de

história do SUS há divergências entre o que está normatizado e o que está ocorrendo no cotidiano dos serviços, devido principalmente ao modelo político hegemônico dos interesses do capital, em detrimento dos princípios fundamentais do SUS de universalidade e integralidade. Neste sentido, o campo da ST também faz parte desse processo:

O campo da ST faz parte desse processo, mas com particularidades que tornam sua implantação ainda mais complexa, tais como: o contexto social da tensão capital-trabalho; os entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de vigilância, o que faz com que muitos gestores não invistam nesse campo; o desconhecimento de muitos gestores do SUS quanto à concepção e ações de saúde do trabalhador; o despreparo de alguns profissionais de saúde para desenvolver ações nessa área, tanto em relação à capacidade técnica quanto ao imaginário (pois muitos acreditam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho são mais uma questão jurídica do que de saúde ou temem desdobramentos futuros que lhes tragam algum transtorno, tais como emissão de relatórios técnicos e outros documentos); dentre outros aspectos. Daí a ST ser, talvez, uma das áreas de maior defasagem em relação à implantação no SUS, apesar de estar entre as prioridades do Pacto pela Vida para 2008/2009 e 2010/2011 (DIAS, BERTOLINI E PIMENTA, 2011, p. 139).

Concluiu-se esta seção com a certeza de que, a luz de Dias e Hoefel (2005), apesar de todas as dificuldades pontuadas, o SUS assumiu o papel social de cuidar da saúde dos trabalhadores, sendo a única política pública de cobertura universal existente atualmente, se vendo obrigado a buscar redefinições das suas próprias práticas de saúde para a construção de um novo modelo de saúde. Complementando, Chiavegatto e Algranti (2013) afirmam também que somente o setor saúde é capaz de levar a atenção aos trabalhadores informais, que representam cerca de 48% da população trabalhadora.

Devido à complexidade do campo, cabem e deveriam existir ações interinstitucionais. O aparelho do estado brasileiro voltado para a atenção a ST está estruturado em quatro Ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e Educação) e em duas fundações (FUNDACENTRO e FIOCRUZ). Porém, há pouca articulação entre eles, e suas atribuições, por vezes, se repetem (DALDON E LACMAN, 2013). Esses setores trabalham com lógicas distintas, cuja integração acontece apenas nas intenções e discursos, sem resultados práticos de grande expressão. A ineficiência do estado acaba por criar um lacunas que são preenchidas por ações do Ministério Público e pelos Tribunais Regionais do Trabalho devido a crescente judicialização das questões de saúde e trabalho. Lembrando que em 2011



foi lançada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, cujo texto apenas expressa as atribuições dos setores envolvidos sem a integração entre eles (CHIAVEGATTO E ALGRANTI, 2013).

## 2.3 APOIO MATRICIAL (AM): BASES CONCEITUAIS

Ao realizar uma busca inicial sobre o conceito de Apoio Matricial (AM) para embasamento teórico do ato de ser matriciadora, esta pesquisadora tinha se deparado com alguns estudos de Campos<sup>15</sup> (CAMPOS, 1998; CAMPOS, 1999; CAMPOS E DOMITTI, 2007; CUNHA E CAMPOS, 2010). Para esta pesquisa, este autor se confirmou como referencial teórico após realização de uma Revisão Integrativa sobre o AM na ST, a qual será apresentada no capítulo dos resultados. Sendo assim, nesta seção, será aprofundada a concepção do Método Paidéia do autor, em que o AM está inserido e outros conceitos pertinentes ao método e em seguida, a sua aplicação na ST.

### 2.3.1 Método Paidéia<sup>16</sup> e a função Apoio: Apoio Institucional (AI) e Cogestão, AM e Equipe de Referência (ER) e apoio na relação clínica - Clínica Ampliada e Compartilhada

O Método Paidéia, ou da roda, desenvolvida por Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos vem sendo amplamente utilizado em políticas e práticas de saúde no Brasil (CAMPOS et. al., 2014), possuindo vários eixos de atuação: na gestão, por meio do Apoio Institucional; nas relações interprofissionais, por meio do Apoio Matricial e Equipes de Referência; nas relações clínicas, por meio da Clínica Ampliada e Compartilhada e como metodologia para a formação em saúde (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014). Todos estes conceitos serão apresentados nesta

---

<sup>15</sup> Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitarista e professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

<sup>16</sup> "O termo Paidéia é de origem Grega. Designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direito das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar o poder; e o conceito Paidéia, educação integral" (CAMPOS et. al., 2014, p. 985).

seção.

Campos em sua tese de livre docência, no ano de 2000, chamada "Um método para análise e cogestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia nas instituições: o Método da Roda" faz uma reflexão crítica sobre a racionalidade gerencial hegemônica nas instituições (CAMPOS et. al., 2014). Esta racionalidade gerencial é tomada por Campos (1998) como um desafio pessoal para "construir uma alternativa operacional ao método taylorista de gestão" (p. 864). O método Taylorista ao qual o autor se refere diz respeito à Teoria Geral de Administração, que prega o gerenciamento de pessoas como se elas fossem coisas "destituídas de vontade ou de projeto próprio" (CAMPOS, 1998, p. 865). Os princípios tayloristas podem ser observados nas organizações até hoje, a saber:

A especialização e seleção instrumental do trabalhador; *the best one way*, ou a ideia de que cada trabalho tem uma única e melhor forma de ser realizado, forma esta definida cientificamente por um *expert* - o que permitia a Taylor denominar o seu método de *administração científica*. A partir daí, um outro princípio fundamental é a separação entre quem pensa, sabe e decide de quem executa o trabalho, não sabe e obedece (CUNHA E CAMPOS, 2010, p. 34).

E quais são as influências do Taylorismo nos serviços de saúde? Campos responde a esta pergunta em alguns dos seus artigos ao afirmar que os profissionais de saúde se responsabilizam apenas pelo seu cuidado legitimado pela sua formação. Nenhum profissional se responsabiliza pelo paciente por completo, pelas chefias que se responsabilizam apenas pela sua categoria profissional, organogramas sedimentados, processos de trabalho fragmentados, hegemonia do poder médico, falta de estímulo e de espaços protegidos para a discussão e trocas de ideias, espaços físicos construídos de forma a compartimentalizar o cuidado, criação de departamentos, divisões e seções organizados por categoria profissional, gasto de recursos públicos financeiros na medida em que se necessita cada vez mais de profissionais altamente especializados, entre outros (CAMPOS, 1998; CAMPOS, 1999; CUNHA E CAMPOS, 2010).

Antes de explicar o método proposto pelo autor, faz-se importante explicar que a saúde no Brasil obteve grandes avanços nas formas de organização das suas instituições. Primeiro, sob influência dos pressupostos do Materialismo Histórico Dialético, a Medicina Social, na década de 60 e 70, trouxe novos olhares para o

processo saúde-doença, criticando o modelo biomédico e da saúde pública tradicional, influenciando, mais tarde, na criação do SUS. Segundo, com a criação do SUS, ocorreram diversas tentativas de aumentar a democracia nas instituições de saúde, a saber, o processo de municipalização e a instalação dos Conselhos e Conferências de saúde (CAMPOS et. al., 2014; CAMPOS, 1998). Porém, Campos (1998) afirma que estas medidas foram insuficientes para alcançar os objetivos do SUS e para diminuir a alienação dos trabalhadores da saúde:

Contudo, na tentativa de superar o modelo exclusivamente biologicista, pouco se pensou sobre a clínica, a não ser para criticar seu caráter individual e seus fundamentos biomédicos. Ao privilegiar a relação entre saúde e estrutura social, operava-se nova redução, perdendo as referências à especificidade biológica ou subjetiva dos processos de adoecimento. Se por um lado o referencial estrutural marxista ajudou na formulação de critérios como a universalidade, equidade, e no conceito ampliado de saúde, contribuiu de modo insuficiente para o entendimento do emaranhado de relações e da complexidade de categorias presentes no processo de saúde-doença-atenção. [...] Após avanços na implantação do SUS, tornou-se possível - e necessário - voltar atenção para as práticas de saúde, ao cotidiano da assistência e ao contexto das relações micropolíticas (CAMPOS et. al., 2014, p. 75-76).

Assim, Campos (1998) propõe em seus estudos um novo funcionamento para as organizações de saúde (anti-taylorismo), inicialmente mudando os organogramas das instituições por meio dos conceitos de cogestão e gestão colegiada em detrimento dos tradicionais departamentos de categorias profissionais e direção geral. O método Paidéia preconiza, então, a democratização da gestão nas organizações, por meio da "formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho" (CAMPOS et. al., 2014). E, para além da gestão das organizações, o método considera também a coprodução de sujeitos, na medida em que o sujeito, sob tensão de diversas forças, também se transforma ao participar da gestão: "ninguém sai da roda (de cogestão) da mesma forma que entrou" (CUNHA E CAMPOS, 2010, p. 36).

A cogestão é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política, implicando em coparticipação de sujeitos com diferentes interesses e inserções sociais (usuários, profissionais de saúde e gestores), em todas as etapas do processo de gestão. Para isso, o método Paidéia visa contribuir para a construção de espaços coletivos de discussão. Alguns já existem de forma

permanente na estrutura do SUS, tais como os Conselhos de Saúde, outros podem ser instituídos temporariamente, como oficinas, assembleias e seminários e/ou por meio da criação de colegiados de gestão (espaços internos às instituições com função operacional com participação de trabalhadores e gestores). O importante é que em todos eles possam ser tomadas decisões, a partir da análise de um tema por parte de todos os envolvidos, ou seja, que se constituam em espaços deliberativos, de fato (CAMPOS et. al., 2014).

Neste sentido, Campos pensou na reordenação dos serviços de saúde objetivando a criação de arranjos gerenciais que estimulassem a realização profissional e a desalienação do trabalhador (CAMPOS, 1999; CAMPOS, 2010), incorporando a perspectiva e necessidades dos usuários. São pequenas mudanças nos organogramas das instituições que repercutiriam ética e assistencialmente na forma de se fazer saúde:

A gestão e o planejamento em saúde somente muito recentemente incorporaram saberes e técnicas que valorizam a inter-relação entre equipes e população, tomando-a como um instrumento para coproduzir novas subjetividades que interfiram nas condições de vida, de saúde e de adoecer das pessoas e comunidades (CAMPOS, 1999, p.401).

Portanto, propuseram-se arranjos ou estratégias institucionais para tentar amenizar os problemas causados pela fragmentação do trabalho em saúde em seus diversos eixos: na gestão, por meio do Apoio Institucional; nas relações interprofissionais, por meio do Apoio Matricial e Equipes de Referência; nas relações clínicas, por meio da Clínica Ampliada e Compartilhada e como metodologia para a formação em saúde (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014). Antes de apresentar cada uma delas, é importante aprofundar o conceito de apoio do método, e a função do apoiador como "suporte e impulso" (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013).

O termo apoiador "ênfatiza a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso ou movimento" (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014, p.933). O método Paidéia compartilha de Vygotsky (1988) apud Campos, Cunha e Figueiredo (2013), sobre o papel do professor, o qual para além de ser um facilitador, deve apoiar ativamente o grupo em formação. Neste sentido, de acordo com Onoko Campos (2003) apud Campos, Cunha e Figueiredo (2013), há um duplo papel do apoiador:

Oferecer suporte à constituição do grupo e do espaço coletivo, valorizando recursos e a potência dos sujeitos, ao mesmo tempo que deve empurrar o grupo para atingir seus objetivos, trazendo as demandas externas e oferecendo outros recursos (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013, p. 153).

Sendo assim, o apoio na perspectiva Paidéia deve considerar a combinação da demanda dos grupos com as ofertas trazidas pelo apoiador, que podem ser informações, protocolos, diretrizes, categorias de conhecimento, especialmente sobre a própria metodologia Paidéia. Como forma de fazer o apoio, Figueiredo e Campos (2014) afirmam que é preciso ter espaços protegidos dentro das instituições em que os envolvidos se sintam seguros em refletir sobre suas práticas. Estes espaços se configuram em encontros para a discussão das demandas do grupo, envolvendo desde a busca de novas informações até a elaboração de projetos de intervenção (para os casos institucionais ou de Saúde Coletiva) ou projetos terapêuticos (para os casos clínicos).

Além disso, o apoio pode partir de qualquer lugar dentro de um coletivo, contudo, os autores consideram alguns núcleos estruturais de onde se costumam realizar apoio e cogestão, cada um com suas vantagens e limitações (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013; FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014; CAMPOS et. al. 2014):

QUADRO CONCEITUAL 4 – LUGARES OU MODOS DE REALIZAR A FUNÇÃO “APOIO” NO MÉTODO PAIDÉIA

LUGAR	CARACTERÍSTICAS
<b>De um lugar de poder institucional</b>	Um dirigente (de organizações, equipes, movimentos, etc.) pode apoiar quem opera no cotidiano, desde que esteja em uma estrutura que pressupõe a cogestão. É evidente que a análise das implicações de um gestor com a instituição e com a política oficial é, em geral, grande, o que tende a posicionar esses atores sociais mais do lado da organização, do projeto institucional, do que dos trabalhadores ou usuários. De qualquer modo, todo sistema de cogestão condiciona o gestor a utilizar metodologias de apoio para viabilizar o governo;
<b>De um lugar de suposto saber e como alguém externo ao agrupamento</b>	Um especialista que é demandado em função de um conhecimento presumido (assessor, supervisor, alguém com domínio de um método, ou de alguma experiência prévia, analista ou apoiador institucional). O modo para se apoiar um grupo a partir desse lugar tem muitas semelhanças com a supervisão clínico-institucional utilizada em Saúde Mental;
<b>De um lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder profissional</b> (clínico, pedagogo, sanitarista, etc.) <b>pode-se realizar práticas profissionais de maneira compartilhada com os usuários.</b>	Trata-se do uso da metodologia de apoio na relação clínica;
<b>De um lugar de paridade</b> (suposta horizontalidade) <b>no coletivo:</b>	Um membro da equipe ou de uma área específica assumiria a função de apoiador Paidéia para seus pares. Aqui se trata do denominado apoio matricial.

FONTE: CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO (2013); FIGUEIREDO E CAMPOS, (2014); CAMPOS et. al. (2014).

De acordo com Oliveira (2011), a questão do lugar institucional do apoiador é um dos grandes desafios metodológicos, e esta “categorização” de Campos tem finalidade didática direcionada a trabalhadores e gestores da saúde, mantendo uma correlação clara entre o “lugar institucional” e uma função ou cargo formal em uma organização. Outro ponto importante a ser destacado sobre a metodologia apoio é o fato de que ela propicia a discussão e reflexão sobre as dificuldades das práticas em saúde, o que possibilita a diminuição da resistência dos sujeitos e a busca de outros conhecimentos, valores e possibilidades subjetivas (CAMPOS, 2010), envolvendo as dimensões do poder, do conhecimento e do afeto dos sujeitos envolvidos (CAMPOS et. al., 2014).

Oliveira (2011), em sua tese intitulada "Devir Apoiador: uma cartografia da função apoio" (2011), resumiu, didaticamente, o método Paidéia de Campos em 4 eixos de ação, as quais foram sintetizadas no quadro conceitual 5 abaixo.

QUADRO CONCEITUAL 5– RESUMO DO MÉTODO PAIDÉIA A LUZ DE OLIVEIRA (2011)

<b>CAMPOS E O MÉTODO PAIDÉIA: 4 EIXOS DE CONFORMAÇÃO DO MÉTODO:</b>
<b>1 - Caráter Anti-Taylor do método:</b> Campos analisa criticamente os meios de intervenção da racionalidade gerencial taylorista. Discorre sobre a alienação em coletivos e sobre a educação para a submissão e para a renúncia. Reflete sobre a tensão autonomia-controle. Propõe as unidades de produção, os coletivos organizados para produção, um dos mais importantes conceitos, dentre os muitos que caracterizam e fundam o apoio.
<b>2 - Inscrição do método no paradigma ético-estético-político da democratização institucional, da cogestão e da constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção.</b>
<b>3 - “Por uma reconstrução, conceitual e prática, do trabalho”:</b> consiste na defesa e na proposta de uma reaproximação do mundo do trabalho com o mundo da vida. Alinha-se como uma tentativa de reconstrução do sentido do trabalho e de suas finalidades, base para o entendimento e para o uso dos conceitos de objeto de trabalho e de objeto de investimento.
<b>4 - Uma visão dialética de mundo:</b> coloca o método da roda como uma maneira de tornar possível a análise e o desvio das práticas sociais – clínica, pedagógica, de gestão e política – no sentido de tornar possível que uma organização produza mais autonomia e liberdade e não, principalmente, controle e dominação. Neste ponto, o conceito de produção do método da roda – designado sempre como uma coprodução dialética entre desejos e interesses disputados por atores institucionais – inscreve, nos arranjos e dispositivos propostos pelo autor, essa visão de mundo.
<b>Partindo de dois principais caminhos:</b> Democratização Institucional e o Fortalecimento dos sujeitos e dos coletivos.

FONTE: OLIVEIRA (2011, p.31).

Com base nesses pressupostos, apresenta-se, então, as metodologias do apoio em seus campos de atuação, a saber, na política, na gestão, na pedagogia, na saúde coletiva e na clínica.

QUADRO CONCEITUAL 6– METODOLOGIAS PARA O APOIO NO MÉTODO PAIDÉIA

<b>CAMPOS DE APLICAÇÃO DO MÉTODO PAIDÉIA</b>	<b>METODOLOGIA DE APOIO</b>	<b>CONCEITO</b>
Gestão Participativa de organizações, de instituições e de redes e sistemas sociais	Apoio Institucional e Cogestão	É uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores
Relações interprofissionais	Apoio Matricial e Equipes de Referência	Sugere um novo funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde
Relações clínicas e práticas em saúde	Clínica Ampliada e Compartilhada	Aplicação da metodologia do apoio Paidéia como estratégia para se compartilhar o projeto terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários.
Na formação em saúde	A aplicação do método na formação em saúde trata de aplicar conteúdos inovadores, avançando na proposta da clínica ampliada e gestão compartilhada, assim como no método ensino-aprendizagem, utilizando casos reais e construção de projetos terapêuticos e de intervenção para novas práticas.	

FONTE: CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO (2013); FIGUEIREDO E CAMPOS, (2014); CAMPOS et. al. (2014).

### 2.3.2 Apoio Institucional (AI) e Cogestão

A democracia institucional, de acordo com Campos et. al. (2014) depende de sistemas de cogestão instituídos pela própria organização, a fim de compartilhar os espaços de poder entre os envolvidos. Paradoxalmente, o método Paidéia se propõe a contribuir para a democratização das instituições, dependendo que a instituição ofereça estes espaços. Tais espaços podem ser fomentados pelo apoiador institucional, participando de reuniões, discussões de casos, sendo uma função exercida tanto pelo gestor, quanto pode se constituir por um cargo específico (CAMPOS et. al., 2014). Várias instâncias do SUS já contam com grupos de apoiadores institucionais, inclusive, há um livro que compila várias destas experiências, "Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática" em diversos cenários de práticas no SUS (FALLEIROS, 2014).

Ademais, o AI não pretende acabar com outras funções gerenciais como a de coordenação, planejamento e direção, mas busca complementá-las, partindo do pressuposto que as funções de gestão acontecem entre sujeitos com diversos

conhecimentos e graus de poder. Para isso, é preciso que haja cogestão, ou seja, pactuações entre os envolvidos dentro de uma rede operacional. Além disso, cogestão implica na resolução de conflitos e ajuda na efetivação dos compromissos assumidos, considerando as diversas dimensões da formação Paidéia: cognitiva, afetiva, política, paixões, conflitos, alienações, resistências inconscientes, fatos que a gestão tradicional das organizações faz questão de omitir (CAMPOS et. al., 2014):

Todo trabalho, todo projeto, toda política, tem, pelo menos, uma tripla finalidade, e produz efeitos em vários sentidos distintos. Primeiro: objetiva a produção de bens ou serviços para pessoas que utilizam a organização – se trabalha para o outro; segundo: procura assegurar a reprodução ampliada da própria organização; e terceiro: termina interferindo na produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários. A gestão tradicional, ao lidar com os trabalhadores e com os usuários como objetos, centra esforços na reprodução social da própria organização, descuidando dos demais. Na realidade, ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com freqüência, uma tendência à reprodução de formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários. O apoio institucional é uma estratégia metodológica que procura compatibilizar essas três finalidades, reconhecendo que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder dos trabalhadores e de usuários das organizações (CAMPOS et. al., 2014, p. 987).

### 2.3.2.1 O apoio na relação clínica: a Clínica Ampliada e Compartilhada

Apresenta-se apenas um breve conceito, pois este não é o foco desta pesquisa. O conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada foi criado por Campos com base em trabalhos sobre o paradigma biomédico e parte do pressuposto que todo encontro clínico ou sanitário é um espaço coletivo em que se reflete sobre os papéis e responsabilidades dos envolvidos no cuidado a saúde, com maior autonomia. Neste sentido, o exercício da função apoio na relação clínica e na saúde coletiva é um recurso que pretende desviar o foco de intervenção do profissional de saúde na doença ou em procedimentos para o paciente, em suas demandas, a partir de três formas: na ampliação do objeto de trabalho (para além do biológico); na ampliação dos objetivos do trabalho em saúde (para além do cuidar e curar, trabalhar a saúde das pessoas implica em auxiliar na autonomia dos sujeitos) e ampliação dos meios de trabalho (diversificando o repertório de ações, reformulando a relação clínica e os processos de educação em saúde, construindo relações profissionais mais dialógicas, compartilhando o poder, além de construir o trabalho



em equipe) (CAMPOS et. al., 2014)

#### 2.3.2.2 Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER)

ER e Organização Matricial do Trabalho ou AM ou Matriciamento, como é conhecido na prática, são arranjos organizacionais ou uma metodologia para o trabalho em equipes multiprofissionais, com profissionais de diversos saberes, e para operar sistemas e redes complexas. Tais conceitos são fundamentais para se pensar tanto na melhoria da assistência, como na gestão democrática em saúde, "criando-se novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador" (CAMPOS, 1999, p. 395).

ER diz respeito a um conjunto de profissionais de diversas formações que se responsabilizam por uma clientela adscrita a um serviço de saúde, de acordo com as características locais do território, finalidade do serviço e recursos (CAMPOS, 1999). Dizendo de outra forma, a equipe de referência é composta por profissionais ditos essenciais para a condução de problemas de saúde individuais ou coletivos (discutindo casos clínicos, sanitários ou de gestão (CAMPOS, 2007)). A grande diferença destas equipes para as formas tradicionais de trabalho é que elas devem se responsabilizar pelas pessoas, ou pelos seus usuários, em detrimento de procedimentos (médicos ou de enfermagem, por exemplo), favorecendo o vínculo entre o profissional e o paciente, as quais se gerenciam entre si, por meio de uma coordenação interdisciplinar (CUNHA E CAMPOS, 2010).

Já o AM "objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência" (CUNHA E CAMPOS, 2010, p. 41). Ou seja, são profissionais especialistas cujo núcleo de conhecimento pode ser diferente daquele dos profissionais das equipes de referência, mas que se complementam, somando recursos para a resolução de problemas.

Aqui cabe um esclarecimento importante, sobre núcleo de conhecimento e campo de atuação, conceitos importantes para se estudar a relação entre profissionais de diferentes ocupações e saberes (KLEIN E OLIVEIRA, 2017). O fio condutor do trabalho interdisciplinar é a troca de conhecimentos e compartilhamento

de competências, responsabilidades e ações, em que cada profissão possui atribuições semelhantes, sem perder suas especificidades. Nesse sentido, o conceito de núcleo é que há uma aglutinação de conhecimentos e práticas específicos de cada profissão, e o campo é um espaço de interseção entre esses saberes específicos, onde todo profissional de saúde deveria atuar, independentemente de sua formação (CAMPOS et. al., 2014).

O termo AM é composto por duas palavras, sendo que a palavra Matricial remete a uma forma de se gerenciar os serviços de forma horizontal (em processos dialógicos), e não vertical (forma autoritária e hierarquizada, tradicional dos serviços de saúde em que há uma diferença de autoridade entre quem encaminha o caso de um paciente e quem o recebe, ou em níveis de encaminhamento, do primário para o secundário, por exemplo). O termo Apoio sugere que as relações entre os especialistas e referências aconteça em formas de linhas transversais, não mais pautadas na autoridade, mas sim em processos dialógicos (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Assim, o AM possui duas dimensões, a de suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico, implicando que os apoiadores terão que trabalhar com os profissionais de saúde das equipes de referência (coordenadoras do cuidado direto da clientela adscrita) e com os clientes das equipes de referência. E, por consequência desta nova organização de trabalho, há a alteração da lógica de referência e contrarreferência, ou seja, não há mais encaminhamentos, mas sim Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as equipes de referência e apoiadores matriciais (CAMPOS, 1999).

Em termos mais práticos, a articulação entre as equipes de referência e os apoiadores matriciais podem acontecer de várias formas, a saber:

Atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS E DOMITTI, 2007, p.401).

### 2.3.2.3 Metodologia do Apoio Paidéia na Formação em Saúde

Devido à persistência do modelo biomédico, há o grande desafio de aprimorar a formação dos profissionais de saúde não só da APS, ordenadora das redes de cuidado, mas também dos serviços especializados que também precisam considerar a pessoa com seus conhecimentos e direitos. Sendo assim, para ampliar o diálogo com outros campos de saber e aprofundando interfaces com a clínica, com a Saúde Coletiva e com a gestão, nos últimos anos o "Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia", formado por pesquisadores da UNICAMP, estão experimentando a aplicação do método em cursos de graduação e pós-graduação em saúde (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013).

Figueiredo e Campos (2014) no artigo "O apoio Paidéia como metodologia para processos de formação em saúde", ao avaliarem o processo formativo em saúde de um grupo de pós-graduação em Saúde da Família, da UNICAMP, por meio de ofertas de discussão de casos, práticas de intervenção e ofertas teóricas encontraram resultados positivos. Observaram que os efeitos do curso repercutiram em três dimensões: no conhecimento, atitudes e posturas e competências e habilidades. Referiram também que para além da dimensão operativa do método, ele possibilitou a criação de sentidos às experiências dos alunos, para que de fato, pudessem transformar suas realidades profissionais:

Assim como nos grupos operativos de Pichon-Rivière, no apoio Paideia o saber (análise) aproxima-se do fazer (tarefas), possibilitando que do agir os sujeitos busquem teorias, conceitos, modelos para analisar e modificar, com certo distanciamento, a si mesmos e suas formas de ação. O movimento de retomada da análise e do diagnóstico a partir da realização das intervenções permite criar uma diversidade de interpretações e assim modificar os sentidos já cristalizados pelos profissionais e afirmar as possibilidades de reconstrução social da realidade (p.935).

### 2.3.2.4 Reflexões finais sobre o Método Paidéia

Por fim desta seção, é importante registrar que há diversos usos do método Paidéia no SUS, a saber: Campinas, na década de 90, aplicou o método ao sistema de saúde, especialmente em Saúde Mental e na área hospitalar. Posteriormente,

outros municípios incorporaram os modos de fazer do apoio institucional e matricial em suas organizações. Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou um processo de reformulação nos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde, com a instituição do apoio institucional, com ênfase na Política Nacional de Humanização (2004), movimento que continuou nos anos seguintes. Algumas secretarias estaduais também criaram núcleos de apoiadores. Em 2008, o MS publicou a nova política dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), baseada no AM, e a concepção da clínica ampliada e compartilhada foi incorporada nos discurso oficial por meio dos documentos da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Humanização (CAMPOS et. al., 2014).

Após este breve resumo do método Paidéia, e antes de adentrar na temática e seus usos para a ST, faz-se importante frisar que é sabido e destacado pelos autores que há vários obstáculos para a concretização destes novos pressupostos para o trabalho em saúde, a saber: estruturais (organizações institucionais tradicionais), éticos (confidencialidade das informações dos pacientes x o trabalho interdisciplinar), políticos e de comunicação (paternalismo das instituições, falta de espaços de cogestão), culturais e subjetivos (posturas profissionais cristalizadas e corporativistas) e epistemológicos (diversos conceitos de saúde e doença na sociedade e internalizados de diversas formas pelos profissionais de saúde). (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Outros estudos apontam experiências de aplicação do método, suas dificuldades e potencialidades. Destaca-se três estudos, os quais serão brevemente apresentados, refletindo apenas os principais dilemas do método, pois sua potência está posta na própria descrição do método apresentada anteriormente.

Castro, Oliveira e Campos (2016), avaliaram a consolidação do AM em Campinas (pioneira na aplicação do método). A metodologia do estudo foi a aplicação de um questionário para todos os profissionais que realizavam o AM à APS do município, a fim de identificar os profissionais, suas organizações e seus processos de trabalho. Encontraram evidências que esta metodologia de trabalho deixou de ser prioridade para a gestão; a predominância do AM em serviços de Saúde Mental; dificuldades de envolvimento dos médicos na temática; falta de uma avaliação formal do processo de matriciamento, inclusive com analistas externos; reduzida carga horária dedicada ao método e elevado números de equipes apoiadas para cada equipe de apoio; por fim, o estudo aponta a necessidade de reavaliação

constante do método, envolvendo avaliações qualitativas, com a percepção dos profissionais sobre as atividades de assistência direta aos usuários.

Apesar das dificuldades, os autores afirmam que o município, devido à existência de espaços de cogestão, conseguiram manter práticas dialógicas voltadas para a democratização das relações interprofissionais, apesar da indisposição da gestão em adotar o AM como diretriz central (CASTRO, OLIVEIRA E CAMPOS, 2016).

Klein e D'Oliveira (2017), em estudo qualitativo sobre a prática de psicólogos dos NASF no município de São Paulo, referem que há divergências entre a prescrição do trabalho e o que é possível ser realizado na prática, e entre a idealização da proposta colaborativa e sua implantação, apesar da troca de saberes e a capacitação aparecerem como principais significados da concepção de matriciamento:

A prática revelou um contexto complexo com uma organização de trabalho bastante heterogênea - com falta de articulação entre as gerências da ESF e do NASF e tensões na execução do trabalho compartilhado -, com sobrecarga de trabalho para a atenção primária à saúde - com excesso de demanda e metas difíceis de atingir por causa da falta de recursos humanos e equipamentos em número adequado - e tornou visível diferentes concepções sobre o matriciamento e a tarefa a ser realizada pelo NASF, constituindo um contexto pouco propício ao cuidado integral, compartilhado e colaborativo. No entanto, há grande potencialidade para o trabalho do psicólogo ser mais colaborativo e voltado para a atenção primária à saúde nas trocas que conseguem ser estabelecidas, nas atividades grupais criadas e na criatividade de repensar sua identidade profissional e os objetivos de seu trabalho na construção do SUS (KLEIN E OLIVEIRA, 2017, p.8).

Oliveira (2011) estudou a difícil arte de ser apoiador, e refletiu que a formação de um apoiador ainda é um desafio: "o formar em ato não é tarefa simples [...] formar um apoiador é um ato próprio da função apoio [...] é a relação de apoio que forma o apoiador" (p.160), colocando em questão, então, a própria formação das equipes de NASF, por exemplo, devido a falta de suporte a estas equipes.

### 2.3.3 A metodologia do apoio na ST, com ênfase no AM

A atribuição dos CEREST, resumidamente, é a implementação da RENAST, subsidiando tecnicamente ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico,

tratamento e reabilitação em ST. De acordo com Dias et. al. (2012), todas estas ações, na atualidade, estão sendo denominadas de AM. Silva e Dias (2013) encontraram, por meio de uma busca sistemática na literatura técnica que “as experiências institucionalizadas de AM em ST são escassas e recentes” (p. 114). Exemplos de ações que podem ser apoiadas pelos CEREST para o processo de organização e estruturação da RENAST, no âmbito do SUS, por meio do AM, são: suporte técnico para discussão de casos suspeitos de agravos relacionados ao trabalho e para a investigação dos agravos de ST de notificação compulsória; apoio para o desenvolvimento de ações de educação permanente das equipes técnicas e de análise de situação da saúde dos trabalhadores de determinada área de abrangência; realização de ações de VISAT (DIAS, SILVA E VASCONCELOS, 2012).

Silva e Dias (2013) afirmam que nos marcos regulatórios do SUS, o AM para o desenvolvimento de ações de ST na RAS do SUS, é preconizado pela Portaria nº 3252/2009 (Dispõe sobre as ações de vigilância em saúde), na Portaria nº 4279/2009 (Dispõe sobre as RAS), na Portaria nº 2488/2011 (Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB) e mais recentemente na Portaria nº 1823/2012, que aprova a PNSTT. Destaca-se duas delas para esta discussão.

A PNSTT descreve em vários artigos que o AM deve ser desenvolvido pelos CEREST a toda a RAS do SUS (BRASIL, 2012) partindo “do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.”

Já o AI aparece em menor quantidade no documento, sendo que não há distinção destas metodologias no documento, bem como maiores subsídios para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2012):

As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o **apoio institucional e o apoio matricial** para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS (BRASIL, 2012, p. 2).

A ênfase da PNSTT são as ações de VISAT, e em 2014, o MS elaborou as Diretrizes de implantação da VISAT em ST no SUS, em cujos princípios encontra-se o da Integração Intrainstitucional por meio de ações de AM (BRASIL, 2014a):

"incorporando o AM e as ações solidárias e complementares entre regiões, estados e municípios aos componentes da Vigilância em Saúde, das redes de atenção à saúde, da promoção da saúde e da educação em saúde". Neste sentido, destaca-se a Portaria nº 3252/2009<sup>17</sup> que propõe algumas diretrizes para o matriciamento da vigilância em saúde, que devem ser assumidas pela VISAT, a fim de garantir a integralidade do cuidado, por meio da articulação das ações de vigilância em saúde e a APS (BRASIL, 2009, b):

A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade. O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho. A disciplina normativa do apoio matricial em Vigilância em Saúde deverá ocorrer no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Portaria, considerando as seguintes atribuições mínimas: análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente; apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção; articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo (BRASIL, 2009b, p. 6).

Um documento importante para a ST é o “Manual da RENAST”. Sua primeira versão, publicada em 2006, não trazia nada sobre o AM (BRASIL, 2006a). Já sua nova versão, disponibilizada pelo MS para consulta pública em 2015 (até o momento o documento ainda não foi publicado), versava sobre a utilização do matriciamento da mesma forma que ele está descrito na PNSTT (apenas como atribuição do CEREST), e os pressupostos teóricos que foram utilizados para conceituar o AM no documento foram embasados nos estudos de Campos e Domitti (2007) (BRASIL, 2015a). Apresenta-se um resumo das atribuições dos CEREST para demonstrar a constatação da pesquisadora de que o referido manual não é muito específico sobre a temática, no QUADRO CONCEITUAL 7.

QUADRO CONCEITUAL 7– AM COMO ATRIBUIÇÃO DOS CEREST, A LUZ DO MANUAL DE GESTÃO DA RENAST, BRASIL (2015a)

TIPO DE CEREST	APLICAÇÃO DO AM
CEREST ESTADUAL	

<sup>17</sup> Revogada pela Portaria nº 1378/2013. A atual Portaria não versa sobre o AM.

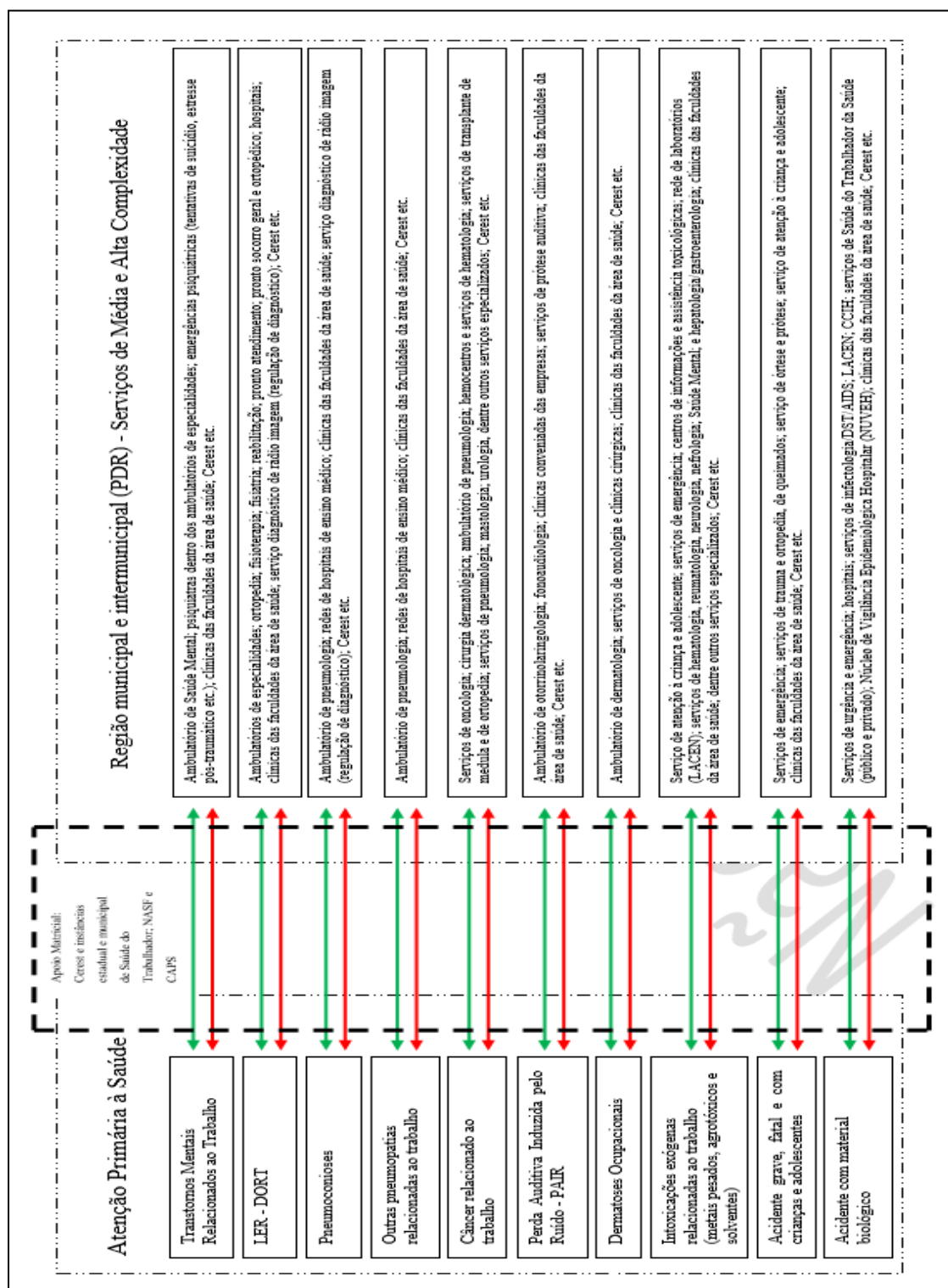
DIMENSÃO: GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	"Dar apoio matricial como retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico para as equipes dos Cerest Regionais, Municipais e demais áreas técnicas estratégicas no âmbito do estado."
<b>CEREST REGIONAL</b>	Não aparece a aplicação do AM
<b>CEREST MUNICIPAL</b>	Não aparece a aplicação do AM
CEREST no geral	"Identificar e analisar a situação de saúde dos trabalhadores da área de abrangência dos Cerest ou das equipes de Saúde da Família (apoio matricial)" (p.64)

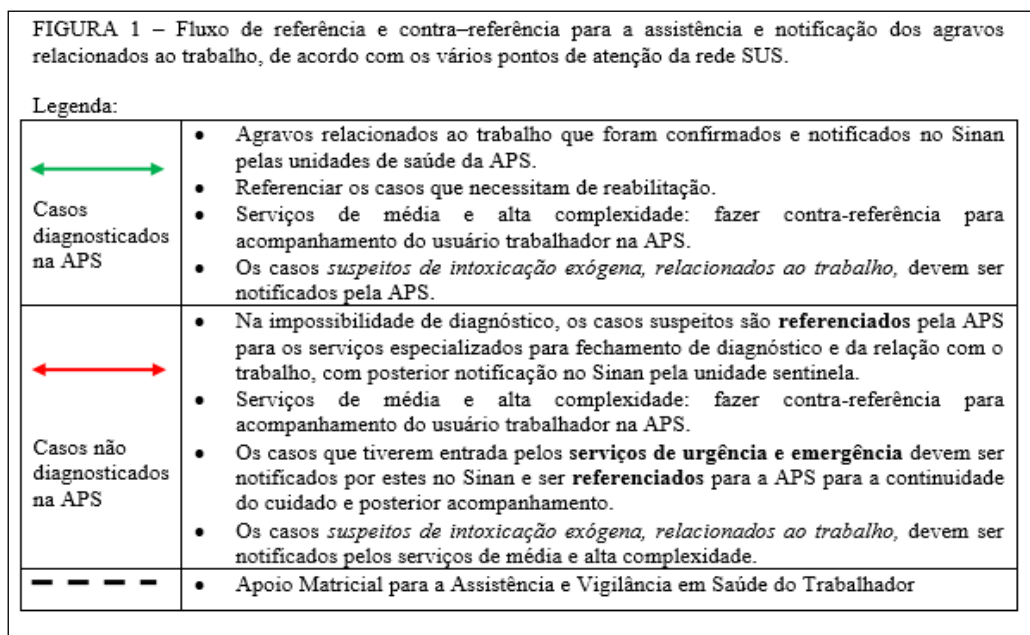
FONTE: BRASIL (2015a), adaptado pela autora (2017).

Conforme pode ser observado no quadro acima, no âmbito da gestão, não há maiores subsídios para o desenvolvimento do AM por parte dos CEREST Estaduais. A aplicação prática do AM no Manual da RENAST (2014) (e em outras bibliografias consultadas), de acordo com o entendimento desta pesquisadora, está mais no sentido de apoio a RAS do SUS no diagnóstico e notificação dos agravos da ST e na VISAT sem maiores aprofundamentos, conforme pode ser observado na FIGURA 6.



FIGURA 6 - APOIO MATRICIAL PARA A RAS DO SUS



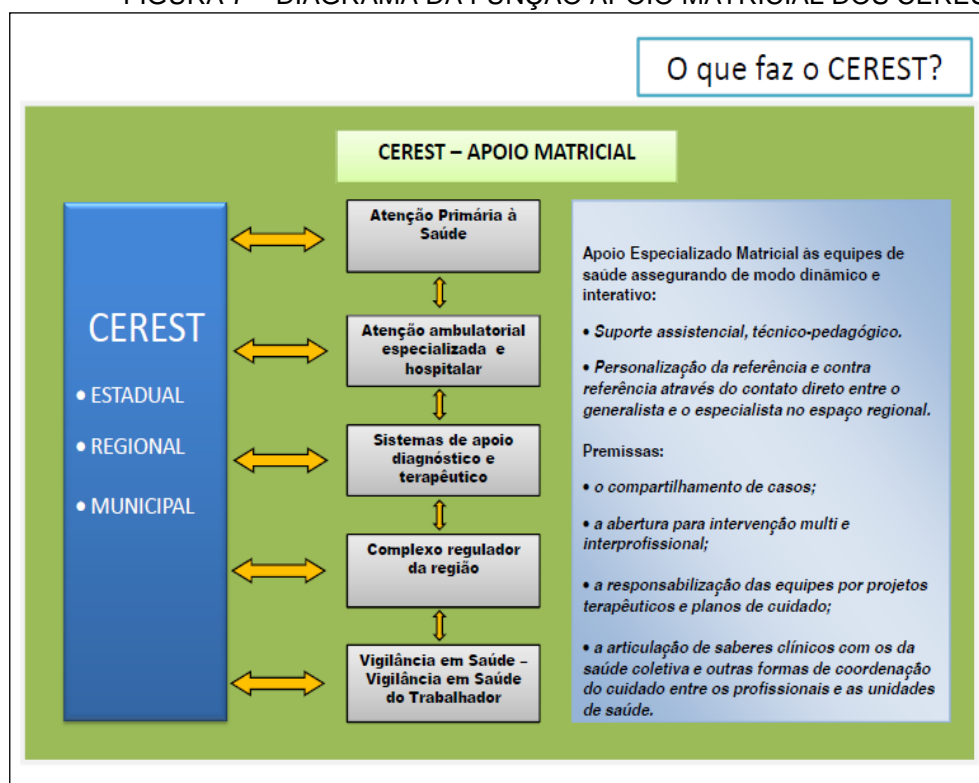


FONTE: BRASIL (2015a)

Contudo, no site da RENAST online<sup>18</sup>, local em que o MS, em parceria com a FIOCRUZ, deposita documentos técnicos e apresentações de experiências no âmbito da RENAST, foi possível encontrar uma apresentação para o V Encontro Nacional da RENAST, que aconteceu em 23 e 24 de junho de 2010. Nesta apresentação, cujo título era “Apresentação do manual de gestão da RENAST”, há um diagrama da função de todos os CEREST como apoiador matricial para a RAS do SUS, com um maior detalhamento teórico das ações de AM do CEREST (suporte técnico e pedagógico e personalização do contato entre o especialista e o generalista), sem distinção do tipo de CEREST, conforme FIGURA 7.

<sup>18</sup> [www.renastonline.ensp.fiocruz.br](http://www.renastonline.ensp.fiocruz.br)

FIGURA 7 – DIAGRAMA DA FUNÇÃO APOIO MATRICIAL DOS CEREST



FONTE: VILLAS BOAS (2011)

Após contato por email com Elizabeth Costa Dias, pesquisadora da área da ST da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), obteve-se acesso a um documento técnico que estava sendo elaborado por ela, a pedido do MS, intitulado, "Papel, metodologia e instrumentos de atuação dos CEREST para o matriciamento às equipes de atenção básica/equipes de saúde da família para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador, com ênfase na VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador, considerando o processo de trabalho da Atenção Básica" (UFMG, 2016). De acordo com a autora, estudos evidenciam a importância e a necessidade de suporte institucional técnico-pedagógico especializado para que a APS desenvolva ações de ST nos territórios sob sua responsabilidade, como prescrito pela PNSTT. Visando qualificar o olhar dos profissionais da APS para as questões da ST, Dias (UFMG, 2016) pretendia, com este documento, contribuir com conceitos e diretrizes para a ação e capacitação das equipes do SUS, apresentando conceitos e a experiência já acumulada na Saúde Mental e na Saúde do Idoso.

Este documento apresenta maiores subsídios técnicos para o desenvolvimento do apoio no âmbito da ST. Assim, primeiramente, Dias (UFMG,

2016) define quais são as instâncias de apoio, em especial de matriciamento e em menor grau de apoio institucional, no SUS e na ST:

- **Equipes de NASF:** organizados na lógica do apoio matricial, buscam ampliar a capacidade de resposta aos problemas de saúde da população na APS, por meio de ações de suporte, entre elas, a discussão de casos; visitas domiciliares e construção conjunta de projetos terapêuticos, entre outras. O principal objetivo dessa estratégia é aumentar a resolutividade e a qualidade da atenção na APS, por meio da ampliação da oferta e do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, em âmbito individual e coletivo. Dentre o elenco de profissionais que podem compor as equipes de NASF, está o Médico do trabalho. Contudo, baseada em algumas pesquisas, Dias (UFMG, 2016) afirma que é preciso definir o papel destas equipes para com as ações de ST, e que, inclusive, o MS está elaborando um caderno específico sobre as ações de ST que podem ser apoiadas pelos NASF;
- **Referências Técnicas em Saúde (RTS):** profissionais de nível gerencial que assumem a responsabilidade de apoiar (apoio institucional) os profissionais da porta de entrada do sistema, na implantação e desenvolvimento do cuidado da população. A atuação das RT tem como foco a gestão democrática, ou cogestão, e para que isto ocorra são necessários arranjos e dispositivos que favoreçam a participação dos sujeitos na gestão de seus processos de trabalho e na própria organização pela cogestão. Dias (UFM, 2016) afirma que por ser uma tecnologia inovadora, alguns estados já instituíram a figura do apoiador institucional, contudo, também é preciso a definição de suas atribuições, os estudos sobre esta metodologia de trabalho são poucos, e evidenciam a necessidade de maior preparo técnico das equipes e instrumentos de apoio. Destaca-se o estado de Minas Gerais, que instituiu as RT em ST (RT-ST), com a responsabilidade de "assegurar a implantação das ações de ST nos municípios de sua jurisdição em uma perspectiva regional, contribuindo para a implantação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador no território sob sua responsabilidade" (MINAS GERAIS, 2011, p. 76), inclusive, com a descrição das competências desta atividade.

- **CEREST:** a autora afirma que, devido a pouca experiência em relação ao matriciamento, em especial sobre as particularidades da APS, os CEREST têm dificuldades de ação. Corroborando com a autora, de acordo com a Portaria 1679/2002, o suporte dos CEREST (“suporte” atualmente considerado AM ou até mesmo apoio institucional) deveria se traduzir em ações de supervisão aos profissionais da RAS e de práticas conjuntas de intervenção especializada, contudo, para que isso ocorra, é preciso o fortalecimento dos CEREST para este papel (SILVA E DIAS, 2013).

Em outro documento da autora como coordenadora de um projeto desenvolvido pela UFMG, intitulado “Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família”, disponibilizado ao CEST pelo MS, coloca-se que as equipes de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária, VISAT, ambiental) também são instâncias matriciadoras em ST para a APS (DIAS, 2016).

Após a definição das instâncias de apoio a ST no SUS, é preciso pontuar as suas formas de desenvolvimento ou tecnologias utilizadas, com ênfase na VISAT, as quais foram sintetizadas no QUADRO CONCEITUAL 8. Assim, UFMG (2016, p.10) afirma que, basicamente, no âmbito da APS, dois pressupostos embasam a metodologia do apoio na ST, a saber: "o reconhecimento dos usuários enquanto trabalhadores e dos processos produtivos desenvolvidos no território".

QUADRO CONCEITUAL 8 - TECNOLOGIAS PARA O MATRICIAMENTO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA/ EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE ST, COM ÊNFASE NA VISAT

TECNOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
<b>Diagnóstico Situacional Local</b>	Instrumento de trabalho básico para a definição do plano de ação em ST municipal. Oportunidade de educação em serviço.
<b>Atendimento Compartilhado</b>	Em geral a consulta conjunta é articulada pela equipe de referência que faz os contatos com os matriciadores, do CEREST e do NASF e solicita suporte para a abordagem do caso.
<b>Discussão de casos/ Reunião de Matriciamento</b>	Na ST, a discussão de caso pode ser muito útil e mesmo essencial para o estabelecimento da relação causal entre a queixa e sintomas apresentados pelo usuário-trabalhador e sua atividade de trabalho atual ou pregressa, imprescindível para a condução terapêutica e de outros procedimentos decorrentes da identificação de uma doença relacionada ao trabalho.
<b>Projeto Terapêutico Singular</b>	As experiências registradas sobre a construção do PC e do PTS no cuidado à saúde dos trabalhadores ainda são restritas, mas apresentam grande potencial transformador das práticas de saúde.
<b>Visita Domiciliar</b>	Nas situações envolvendo a saúde dos trabalhadores, as visitas domiciliares são, possivelmente, o procedimento matricial mais complexo, mas com maior potencial de auxiliar a condução de casos que envolvem o trabalho domiciliado, quando assume a feição de uma ação de VISAT.
<b>Apoio Matricial</b>	A importância do enfoque coletivo e o trabalho em grupo com

<b>para atividades em grupo</b>	trabalhadores é bem estabelecida e reconhecida pelos profissionais da Saúde do Trabalhador. A área tem suas origens em parcerias fortes entre o movimento sindical e profissionais de saúde e este enfoque e experiência podem ser trazidos para a APS.
<b>Contato a distância: uso do telefone e computador e outras tecnologias de comunicação</b>	Contato telefônico para as situações menos complexas. Destaca-se o serviço de Telessaúde, que pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, capaz de prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos.
<b>Educação Permanente: Capacitação <i>in loco</i></b>	Considerando que um dos principais objetivos do AM é o suporte pedagógico para o trabalho das equipes, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) apontam que o AM deve proporcionar uma “capacitação <i>in loco</i> ” resultante do contato frequente entre o profissional de apoio e o profissional da APS, permitindo que este aprenda, na prática, como avaliar e intervir sobre questões de saúde, tornando-se mais e mais autônomo, sem a necessidade de recorrer sempre ao especialista. A literatura registra que os momentos de discussão do processo de trabalho pela APS, para a implementação de ações de ST, podem desencadear angústia, sofrimento e cobranças desses profissionais quanto às suas próprias condições de trabalho, na medida em que também se identificam como trabalhadores.

Fonte: UFMG (2016)

Visando responder ao objetivo específico desta pesquisa sobre o estado da arte do matriciamento na ST, de acordo com a literatura, realizou-se uma Revisão Integrativa (RI), na qual se obteve vários estudos e relatos de experiências práticas sobre a temática. Foram analisados 28 materiais, sendo eles, seis documentos técnicos do MS, dez artigos científicos, sete trabalhos acadêmicos, três relatórios finais de eventos científicos, um relatório técnico da UFMG e um protocolo da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Os primeiros materiais encontrados datam de 2010, anteriores à implantação da PNSTT. A ênfase dos estudos está no AM na ST para a APS. Foram encontradas três categorias de análise: Definindo o AM; Normativas e Diretrizes do AM na ST; Relatos de Experiências: desvendando as potencialidades e dificuldades do AM na ST.

Concluiu-se nesta RI que a principal potencialidade dessa ferramenta de trabalho encontra-se no fato de que ela se concretiza à medida que se assume seu modelo de ação pedagógica e de apoio técnico às ER de forma contínua, por qualquer equipe de AM. É possível ampliar as práticas em saúde por meio da troca de experiências e conhecimentos entre áreas diferentes, visando o cuidado ao trabalhador, resgatando o fato de que esta é uma atribuição de toda a RAS do SUS. Contudo, identificou-se também diversos obstáculos para a sua incorporação, tanto no que diz respeito aos profissionais de saúde quanto aos problemas de organização e infraestrutura para o trabalho em rede no SUS, a despeito de que as

normativas oficiais do MS fazem questão de não pôr em tela. É preciso discutir as práticas profissionais para superar a fragmentação do sistema de saúde, porém, deve-se considerar que é necessário também oferecer subsídios imprescindíveis para o seu desenvolvimento, passando desde espaços protegidos de discussão e cogestão até recursos humanos e materiais mínimos. A RI completa encontra-se na seção dos resultados.

Por fim, antes de encerrar esta seção, faz-se importante fazer um recorte específico sobre esta “nova” atribuição do CEREST em ser apoiador matricial das ações de ST para toda a RAS do SUS. Neves (2013) aponta que o AM “é um importante incremento em termos teóricos e práticos absorvido pela ST e presente na PNSTT” (p. 78). Esta nova atribuição exige um grau de envolvimento e integração com a RAS do SUS nunca preconizado anteriormente pelo MS, devendo atuar, de fato, de modo interdisciplinar, mudando as formas de trabalho entre CEREST e RAS. Ele avalia também que, entre os anos de 2002 (com a implantação da RENAST), até 2012 (com a publicação da PNSTT), progressivamente, houve um grande aumento das atribuições dos CEREST em termos de quantidade e complexidade das ações. Contudo, este aumento é incompatível com a quantidade de profissionais que os compõem, havendo um conflito entre as atividades prescritas e sua capacidade instalada. Ele faz a reflexão também de que houve um grande aumento no número de CEREST após a RENAST, por meio de repasses financeiros do MS, mas a que custo?

Os dados assinalam uma incongruência entre o trabalho prescrito e o tamanho definido como mínimo para as equipes dos CEREST. Reproduzimos assim, na ST, os mesmos equívocos que nos propomos a enfrentar e podemos reproduzir aqui as condições que levam ao adoecimento dos trabalhadores, agora internamente a própria ST, o que é um paradoxo e contraditório por princípio e nos apontam para alguns riscos factíveis de ocorrerem: os profissionais podem se eximir de realizarem todas as atividades definidas, elegendo prioridades de acordo com critérios locais os mais variados; podem se desdobrar tentando cumpri-las e executá-las de forma insatisfatória; podem adoecer em decorrência do trabalho e o *burnout* é uma das suas formas possíveis; podem cair no niilismo e executar ações de forma burocrática ou ainda provocar nas equipes sentimentos como frustração, impotência e decepção com o trabalho, entre outras (NEVES, 2013, p.88-89).

## 2.4 A ST NO PR E O PROCESSO DE TRABALHO DO CEST

Para a compreensão da ST no Paraná, esta seção está organizada em: Antecedentes Históricos; Organização da RENAST no Paraná e o processo de trabalho do CEST e CEREST; Diagnóstico da ST no Paraná. Esta breve análise, a qual não pretende esgotar o assunto, é pertinente para a compreensão posterior dos resultados da pesquisa de campo sobre o matriciamento em ST desenvolvido pelo CEST.

### 2.4.1 Antecedentes Históricos

De acordo com Ramos Jr (2007, p.172), “a luta de classes das décadas de 70 e 80 gerou condições para que classe trabalhadora arrancasse do estado a aplicação concreta de alguns direitos em ST”, garantidos na Constituição Federal (CF) e Lei 8080/90. Neste sentido, a ST no Paraná se iniciou nesta fase pós CF, em grande parte pela militância da época que pressionava o estado a cumprir a legislação e criar serviços de ST. Faz-se importante destacar que o Paraná não teve lutas operárias e enfrentamentos no campo da ST que outros estados mais industrializados tiveram, como por exemplo, São Paulo. Além disso, para o autor:

Até 1992 não existiu qualquer política de intervenção sistemática neste campo, seja por parte do estado ou da sociedade civil. O cenário era de fragmentação das ações entre diversos atores públicos (principalmente o INSS e o MTE) e as ações sindicais neste campo praticamente inexistiam, limitando-se a processos individuais de reparação de danos, raramente exitosos mesmo nesta pequena abrangência considerada (RAMOS JR, 2007, p. 96).

Este autor afirma então que a década de 90 no estado do Paraná foi marcada pela militância que se organizava e capacitava quadros técnicos e políticos e por intervenções concretas do estado (“amparado/empurrado” pelos movimentos sociais) realizando de ações nos ambientes e processos de trabalho. Tal militância era exercida pelo Fórum Popular em Saúde (FOPS), criado em 1991 e pelos sindicatos ligados a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Toda esta mobilização ajudou no processo de criação das primeiras instâncias e mecanismos estruturantes



da Política de ST do Paraná, dentro e fora do estado (construindo instâncias de trabalhadores, de articulação interinstitucional com o controle social e serviços e coordenações de ST no SUS) (RAMOS JR, 2007).

Albertini (2002, p.1) afirma que o FOPS foi criado com o objetivo de “intervir na política municipal de saúde de Curitiba e mobilizar a sociedade civil na defesa da saúde pública e da cidadania”, influenciado pelo caráter contestatório dos movimentos sociais da década de 70, assumiu postura propositiva dentro do controle social. Foi constituído por representantes de diversas entidades e movimentos sociais e trabalhadores da saúde, além de conselheiros locais e municipais. O coletivo do FOPS da seção de ST (FOPS-ST) se reunia principalmente no Fórum Interinstitucional de Saúde do trabalhador (FIST), criado em 1992, tendo forte influência na ST do Paraná por um caráter organizador, pois congregava diversas instituições do estado neste campo, além de sindicatos dos trabalhadores, determinando “a pauta e o movimento do campo da ST no SUS do Paraná” (RAMOS JR, 2007, p. 89). Em 1996 o FIST foi transformado na Comissão Interinstitucional em ST (CIST), ligada ao Conselho Estadual de Saúde (CES) e oficializada em 1997 (PARANÁ, 2011).

Além do FIST e do FOPS, outro importante ator do debate da ST no estado foi o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho (CEIOART), criado em 1997 (PARANÁ, 2011; RAMOS JR, 2007). Sua criação, na época, de forma estadual, interinstitucional e intersetorial, se deu devido à necessidade de análise dos dados relacionados à ocorrência de óbitos e amputações relacionadas ao trabalho e por se tratar de uma estratégia fundamental para o planejamento de ações coletivas para a eliminação dos seus eventos causadores. A principal contribuição do CEIOART para a ST do Paraná, na época, até mesmo pela ausência de uma efetiva política nacional e de uma base epidemiológica para nortear ações, foi à definição de que os óbitos e amputações eram eventos sentinelas, ou seja, evitáveis, e que deveriam ser investigados a fim de evitar novos casos. No período de 1998 a 2011 o CEIOART realizou várias atividades para a organização do sistema de vigilância destes casos, dentre elas a elaboração de uma ficha de investigação (PINTO, 2014), a qual é utilizada por todos os municípios do estado atualmente.

Ainda sobre o CEIOART, no período de 2008 a 2010, foram realizadas oficinas com o objetivo de planejar as ações para a prevenção de acidentes de

trabalho nos municípios e também criar os comitês nos municípios sedes das RS da SESA. Entre os resultados dessas oficinas estão a criação de quatro Comitês Regionais localizados nas cidades de Cascavel, Toledo, Foz do Iguaçu e Francisco Beltrão, sendo que os dois primeiros deixaram de funcionar e outros dois foram criados nas cidades de Maringá e Pato Branco (CEST, 2017).

Já de acordo com a Política Estadual de atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná (PEST) (PARANÁ, 2011), em 1986, com a realização a 1ª Conferência Estadual de ST, preparatória para a 1ª Conferência Nacional de ST no mesmo ano, iniciaram-se os debates sobre as questões da ST no estado com diversas entidades. A SESA PR elaborou entre os anos de 1990 a 1992 um documento denominado Programa de ST, visando subsidiar as equipes das regionais de saúde e dos municípios. Em 1995 a SESA criou a Coordenação de ST ligada à diretoria de Vigilância e Pesquisa (PARANÁ, 2011), visando implantar uma política de ST no estado (RAMOS JR, 2007).

Em 1996, em parceria com a Prefeitura de Curitiba, foi criado o Centro Metropolitano de Apoio a Saúde do Trabalhador (CEMAST), com abrangência macrorregional, congregando 45 municípios (Curitiba e Região Metropolitana - RM) (PARANÁ, 2011). O CEMAST tinha como principais atribuições: “Prestar apoio à ST, principalmente no estabelecimento do nexos causal, nas ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e na capacitação dos técnicos dos municípios da área de abrangência do CEMAST” (PINTO, 2014, p.89).

De acordo com o Primeiro Boletim Informativo do CEMAST nº 001 de Outubro de 1997, o CEMAST foi criado em decorrência de iniciativas, ainda que incipientes, de criação de ações de ST, desde os anos de 1990, pois na época, as vigilâncias sanitária e epidemiológica não tinham ações no campo da ST. O referido boletim traz ainda que o CEMAST vinha atuando no sentido de:

Aprimorar o diagnóstico em ST de Curitiba e RM, de modo a permitir a eleição de prioridades e a implementação das intervenções necessárias; Capacitar as vigilâncias para a apropriação do território, estudo epidemiológico das questões referentes a ST e o estabelecimento de ações de vigilância a saúde; Corrigir as situações de ofereçam risco a ST, visando romper a causação de eventos graves e evitáveis; Incentivar ou implantar através das vigilâncias dos Distritos Sanitários de Curitiba e dos municípios da RM, medidas de prevenção e promoção da ST (CEMAST, 1997, p. 2).

Buscando uma articulação intersetorial, criou-se no estado, a partir de 1997, vários fóruns de discussão em busca de intervenção no processo doença-trabalho, a

saber: CEIOART; Fórum Estadual de Combate aos Agrotóxicos; Comissão Estadual do Benzeno do Paraná; Fórum de Erradicação do Trabalho Infantil (FETI); Fórum de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalho do Estado do Paraná. Em 2004 foi implantado o Ambulatório de ST no Hospital do Trabalhador, o qual atende trabalhadores de Curitiba e Região Metropolitana, com uma oferta de 30% das consultas, cujo acesso é feito pelas unidades de saúde municipais através da Central de Marcação de Consultas. Na época, preconizava-se a criação de mais dois ambulatórios nos Hospitais Regionais de Cascavel e Ponta Grossa (PARANÁ, 2011), fato que ainda não ocorreu.

Em 1999, foi criada a Divisão de Saúde no Trabalho, na estrutura do Centro de Saúde Ambiental, cujo objetivo era coordenar as ações de ST no estado, tendo o CEMAST sob sua coordenação. Iniciou-se a criação dos CEREST no estado a partir de 2003. Foram criados dois Centros Regionais de ST, o primeiro em 2003 na Macrorregião Norte, com sede em Londrina e em 2007 em Cascavel (PARANÁ, 2011). Em 2004, foi criado o Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST). Em 2006, o CEMAST foi incorporado ao CEST, não mais com atribuição de assistência, mas sim como responsável em planejar e organizar a atenção integral à ST no âmbito do SUS PR (PINTO, 2014). Manteve-se o atendimento apenas aos trabalhadores portadores de pneumoconioses e sua abrangência tornou-se estadual (PARANÁ, 2011). Em 2009 os dois CEREST Macro Regionais passaram para a gestão estadual, os quais foram readequados e também houve a implantação dos novos CEREST: Campos Gerais; Norte I; Norte II; Oeste; Centro Sul; e o CEREST Municipal de Curitiba. Por fim, em 2011 foram habilitados e implantados mais três CEREST Macro Regionais: Noroeste I, Noroeste II e Leste. Atualmente, o CEST encontra-se, dentro do organograma da SESA/PR, na Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS).

Mais recentemente, outras conquistas aconteceram na ST do estado, entre elas a publicação, em 2011, da PEST, frente à importante necessidade do cuidado da ST, visando à promoção, proteção e vigilância da ST, constituindo-se em importante instrumento para o planejamento das ações (PARANÁ, 2012). Apresenta como pressuposto básico estar baseada nos princípios do SUS e na vigilância em saúde, atuando sobre os determinantes dos agravos a ST decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, sendo fundamental a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos (PARANÁ, 2011).

As diretrizes propostas pela PEST e que norteiam as ações de ST no Paraná são: as ações de VISAT, envolvendo ações de Promoção de Ambientes, Processos de Trabalho Saudáveis e Assistência Integral à Saúde; Articulação intrasetorial e intersetorial das ações de ST; Informação em ST; Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos – Educação Permanente e capacitação; Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas; Comunicação e Educação Popular; Controle Social; Financiamento; Avaliação das Ações (PARANÁ, 2011).

Dentro do escopo das ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, no estado do Paraná, foram priorizadas as ações de VISAT por meio, principalmente, da investigação de todos os acidentes graves e fatais e trabalho infantil. Além disso, foram eleitos alguns ramos prioritários para o desenvolvimento das ações de VISAT, a saber: nas empresas de fundição de chumbo, fabricação e recuperação de baterias automotivas, dos ramos químico-petroquímico e do petróleo, nos postos de combustíveis, nas indústrias do setor alimentício, além do trabalho rural, na cadeia produtiva da cana de açúcar e do fumo, nas empresas do setor metalúrgico, da construção civil, madeireiras, fabricação de papel e celulose, cal e calcário (PARANÁ, 2011).

A PEST foi incluída no Plano Estadual de Saúde de 2012-2015, dentro da diretriz “Implementação da política de vigilância e promoção em saúde, coordenando e regulando as ações de forma articulada e integrada intra e intersetorialmente e com a sociedade civil em âmbito estadual e regional”, especificamente na ação de Implementação da RENAST, conforme a PEST (PARANÁ, 2013).

Sobre o Controle Social, o CEST vem fomentando o seu fortalecimento, por meio de algumas iniciativas. Uma delas foi a realização de quatro Ciclos de Debates em Saúde do Trabalhador: em 2010, a discussão foi sobre a proposta de elaboração da PEST e em 2011 a discussão foi sobre a implantação da mesma. Em 2013, a discussão foi sobre “O Papel do Controle Social na Implantação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador” e em 2015, o tema foi: “O SUS e a Saúde do Trabalhador no Município: Construindo um novo olhar na Atenção e na Vigilância”. Há também o incentivo à formação das Comissões Intersectoriais de ST (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde (CEST, 2014a) (atualmente apenas 12 municípios possuem CIST instituídas no Paraná). Também, é preciso registrar que no Paraná ocorreram cinco Conferências Estaduais de ST, nos anos de 1986, 1995, 2000, 2005 e 2014.

Faz-se importante registrar também que o Código de Saúde do Paraná é um importante instrumento legal para a ST no Estado. É composto pela Lei nº 13331, de 23/11/2001, que dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no estado e pelo Decreto nº 5711, de 23/05/2001, que regula a organização e o funcionamento do SUS no âmbito estadual, estabelece normas de promoção, proteção e recuperação da saúde e dispõe sobre as infrações sanitárias e respectivo processo administrativo (PARANÁ, 2004). Em 2017 foi instituído um grupo de trabalho para revisão e atualização do documento.

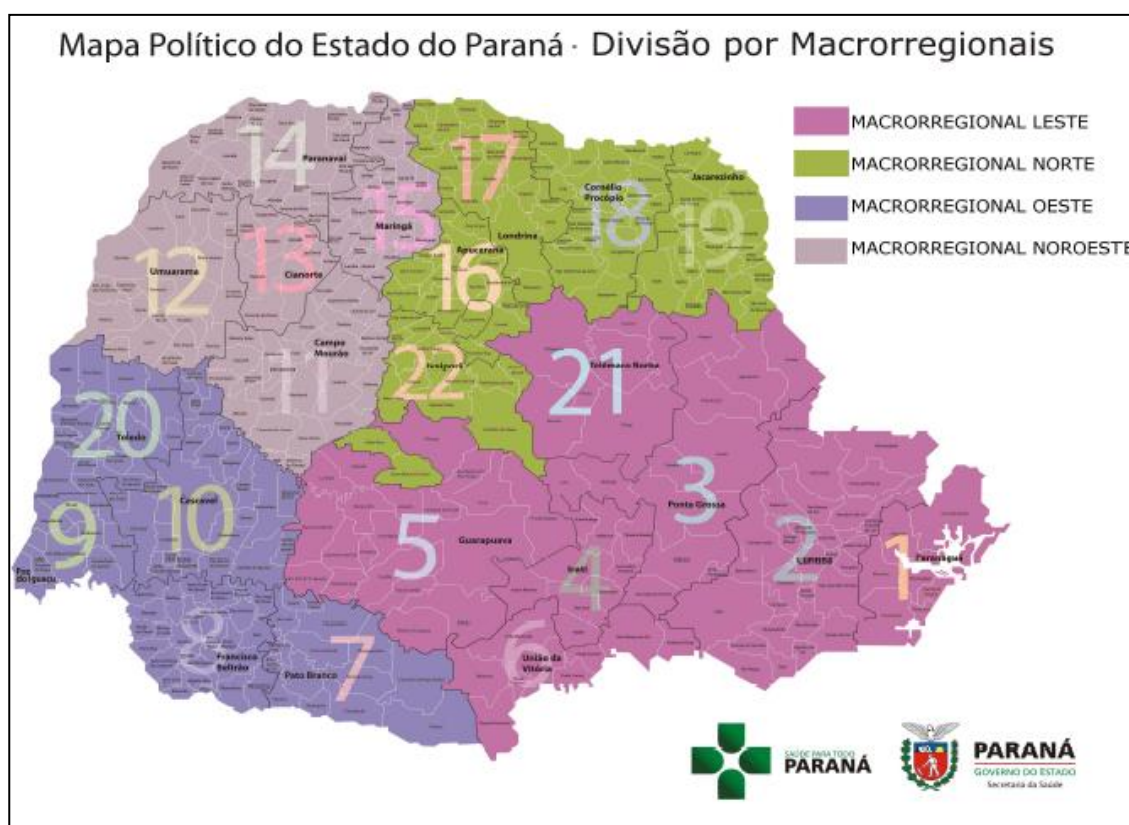
Assim, após este breve resgate histórico da ST no Paraná, observa-se ainda alguns desafios para a ST, sintetizados pelo Controle Social no "Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Paraná – Marcelo Montanha", que ocorreu em 2014: criação de Conselhos Gestores de saúde dos CEREST do Paraná; criação de um CEREST para cada RS, com profissionais exclusivos; disparidade estadual na implementação da PEST, sendo que em algumas RS as ações estão se desenvolvendo de forma mais qualificada do que em outras; pouca participação dos trabalhadores nos espaços de lutas do SUS; desafio da qualificação de toda a RAS do SUS sobre a ST, entre outros (PARANÁ, 2014a).

Além do Controle Social, o próprio CEST constatou alguns problemas na ST do estado a partir da realização da primeira avaliação dos CEREST em 2010, por meio de um instrumento adaptado da Coordenação Estadual de ST da Bahia (CESAT), composto por diversos indicadores (PARANÁ, 2011). Foram avaliados cinco CEREST (quatro macro regionais e um municipal) que estavam implantados na época, e a partir desta avaliação apontou-se algumas dificuldades: a gestão em nível de macro regional é muito complicada, pois existe uma cultura gerencial própria de cada RS, com realidades e condições de execução que dependem de infra estrutura e RH muito diferentes; falta integração dos diretores das RS na gerência dos CEREST; necessidade de melhorar o registro das ações/fazer planejamento estratégico e monitoramento; falta de recursos humanos; necessidade do Controle Social participar efetivamente da formulação da Política de ST (encontros da CIST, ciclos de debates) (CEST, 2010a).

### 2.4.2 Organização da RENAST no PR e o processo de trabalho do CEST e CEREST-MR

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA PR) conta com uma estrutura e organização de nível central e descentralizada na forma das 22 Regionais de Saúde (RS), cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades polos de região. Conta também com a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) estadual e 22 CIB regionais, atuando como instâncias de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no estado. A partir da organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), ocorreu a conformação de quatro macrorregionais: Leste, Oeste, Norte e Noroeste (PARANÁ, 2016a). Esta organização em RS e macrorregionais pode ser observada na FIGURA 8.

FIGURA 8 – REGIONAIS DE SAÚDE E MACRORREGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ

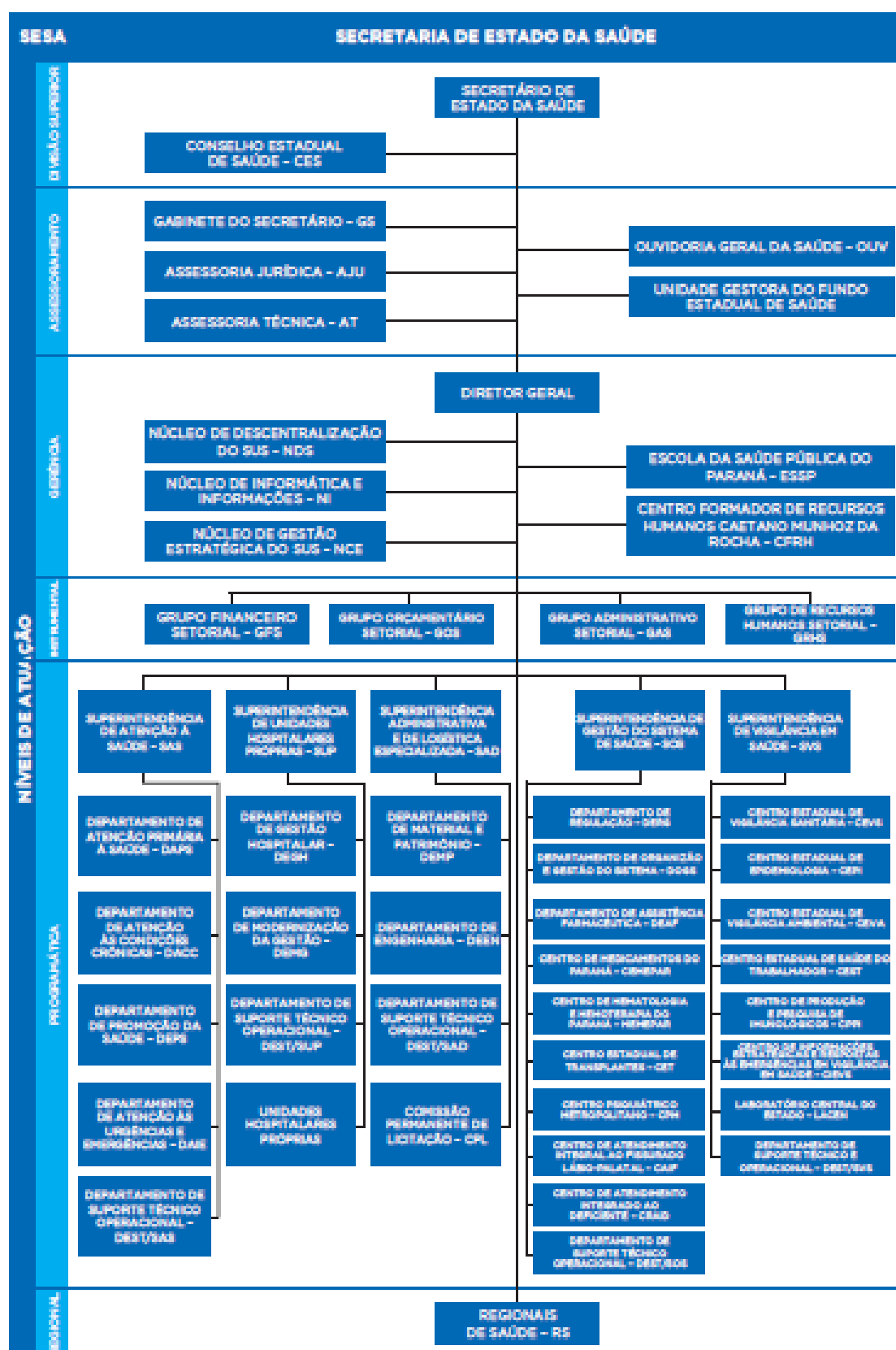


FONTE: PARANÁ (2016a)

A SESA PR e suas 22 RS organizam-se em três grandes eixos: atenção e gestão em saúde, vigilância em saúde e administração. Divide-se em cinco

superintendências: Superintendência de Atenção a Saúde (SAS); Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias (SUP); Superintendência Administrativa e de Logística Especializada (SAD); Superintendência de Gestão do Sistema de Saúde (SOS) e Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) (PARANÁ, 2016), conforme figura 8 a seguir. A Vigilância em Saúde está estruturada nas 22 Regionais de Saúde pela Divisão de Vigilância em Saúde (DVVGS), que é composta por duas seções: Seção de Vigilância Epidemiológica (SCVGE); e Seção de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador – SCVSAT (PARANÁ, 2013).

FIGURA 9 – ORGANOGRAMA DA SESA PR



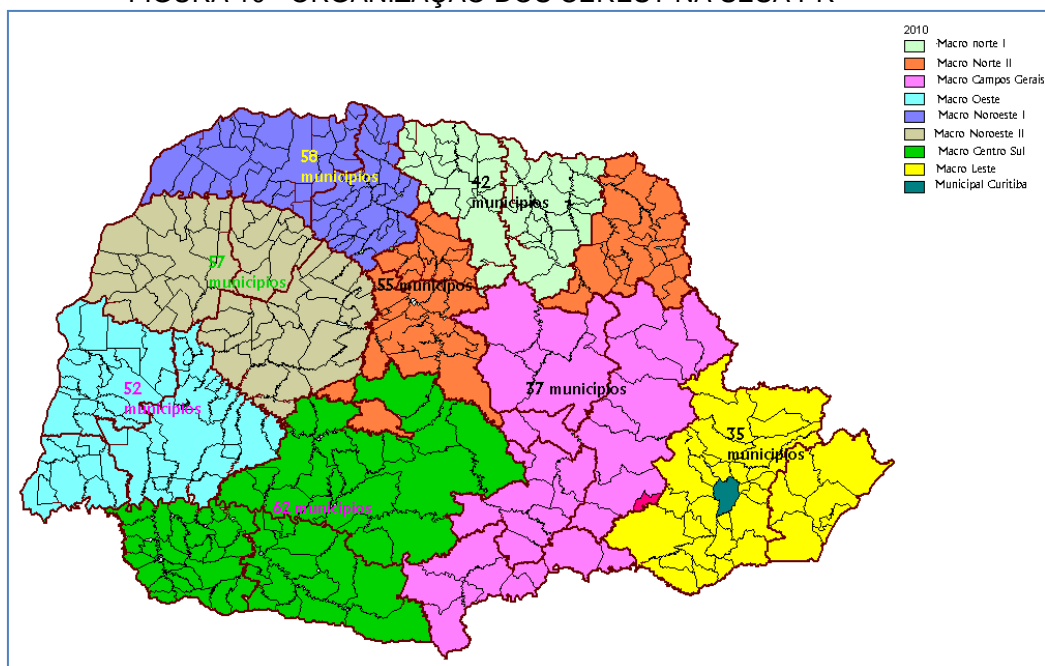
FONTE: PARANÁ (2016a)



Dentro da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), encontra-se o CEST, habilitado como CEREST Estadual por meio da Portaria do MS nº1679/2002 e incorporado ao CEMAST em 2006. Sediado em Curitiba, sua estrutura física encontra-se no prédio da 2ª Regional de Saúde Metropolitana. É composto atualmente (Fevereiro de 2017<sup>19</sup>) por equipe multiprofissional de dez técnicos sendo duas Enfermeiras, uma Técnica de Enfermagem, duas Assistentes Sociais, um Médico do Trabalho, uma Farmacêutica, um Técnico de Segurança do Trabalho e três Administrativos. Há basicamente três setores no serviço, a Coordenação Técnica, a Coordenação Administrativa e a seção de Sistema de Informação e Análise de Situação.

Além do CEST, a ST no Paraná conta com os Núcleos Regionais de ST, os quais são formados pelos profissionais de saúde que estão lotados nas 22 RS da SESA PR (de acordo com a PEST, cada Núcleo Regional deve ser composto por dois profissionais). Para a formação dos CEREST Macro Regionais, o estado foi dividido em oito Macro Regionais (áreas de abrangência dos oito CEREST Macro Regionais), cada uma formada pela junção de duas a quatro RS, conforme pode ser observado na FIGURA 10.

FIGURA 10 - ORGANIZAÇÃO DOS CEREST NA SESA PR



FONTE: CEST (2010b).

Assim, a SESA PR possui um CEREST Estadual, chamado de CEST e oito

<sup>19</sup> Em Abril de 2017 entraram mais 5 profissionais ao serviço.

CEREST Macro Regionais, todos de gestão do estado e com abrangência regional. Cada CEREST Macro Regional possui uma RS sede, sendo que as ações de ST são realizadas por cada Núcleo Regional, dentro da sua abrangência regional, em parceria com os outros Núcleos Regionais que formam cada CEREST Macro Regional. Curitiba, capital do estado, também possui um CEREST de gestão municipal. Além disso, a ST no Paraná conta um ambulatório de ST implantado dentro do Hospital do Trabalhador, contudo, ele atende apenas Curitiba e RM. A PEST prevê a criação de mais dois ambulatórios, os quais ainda não foram implantados. Em tese, a ST deveria contar também com toda a rede de atenção do SUS Paraná, que deveria estar devidamente capacitada, conforme preconizado pela RENAST.

Sobre a APS no estado do Paraná, esta contava, em 2015, com 2.284 Equipes da Estratégia de Saúde da Família, 1.785 Unidades Básicas de Saúde e 868 Postos de Saúde, com uma cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família de 86,71% (PARANÁ, 2016a). Com relação à rede de média e alta complexidade, o Paraná contava em 2015 com 461 estabelecimentos hospitalares (sendo que 81.1% atendem SUS) e 154 são públicos. Com relação ao número de leitos, totalizando 22.762, 18.708 são para o SUS e existem ainda mais 317 leitos distribuídos em outros estabelecimentos de saúde (ambulatórios, centros de atenção psicossocial, etc.). Também, o Paraná possui 24 consórcios intermunicipais de saúde atuando como apoio para a média e alta complexidade (PARANÁ, 2016a). Porém, conforme aponta a própria PEST, há ainda uma grande deficiência na articulação de todos os níveis da rede de serviços e falta de profissionais e serviços com conhecimento específico da ST para prestar uma assistência integral ao trabalhador (PARANÁ, 2011).

Apresenta-se na TABELA 1 a quantidade de estabelecimentos de saúde do estado, segundo o IPARDES (2015b).

TABELA 1 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO PARANÁ, POR TIPO, MS, 2015

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	<b>150</b>
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	<b>1.785</b>
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	<b>2.129</b>
Consultórios	<b>12.818</b>
Hospital Geral	<b>408</b>

Policlínica	<b>777</b>
Posto de Saúde	<b>868</b>
Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	<b>63</b>
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	<b>1.831</b>
Unidade de Vigilância em Saúde	<b>30</b>
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar - Urgência / Emergência	<b>216</b>

---

FONTE: IPARDES (2015b)

A atribuição principal do CEST, representando as atribuições da SESA PR, conforme preconiza a Portaria nº 2728 de 2009 da RENAST (no que tange as atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde na ST) é a coordenação do processo de elaboração e operacionalização da PEST, em consonância com as diretrizes institucionais, respeitando a legislação vigente, as estruturas já existentes e as especificidades locais e regionais (PARANÁ, 2011). A PEST também define as atribuições das RS e dos CEREST-MR, também conforme a portaria supracitada.

Com relação aos recursos humanos em cada uma destas instâncias, a PEST preconizou o que estava contido na referida portaria da RENAST (CEREST Regional: dez profissionais, sendo quatro de nível médio e seis de nível superior; CEREST Estadual: 15 profissionais, sendo cinco de nível médio e dez de nível superior) acrescentando que as RS deveriam ter no mínimo dois profissionais articulados aos outros setores da RS desenvolvendo as ações de ST (PARANÁ, 2011). Desde o início desta pesquisa, entrou no serviço esta pesquisadora, e já saíram do serviço quatro profissionais por motivo de aposentadoria. Com relação aos técnicos dos CEREST Macrorregionais, foi realizado um levantamento sobre este quantitativo de profissionais e até início de 2016 haviam 50 técnicos. Com a realização do concurso no final do ano de 2016, espera-se recompor as equipes do CEST e CEREST.

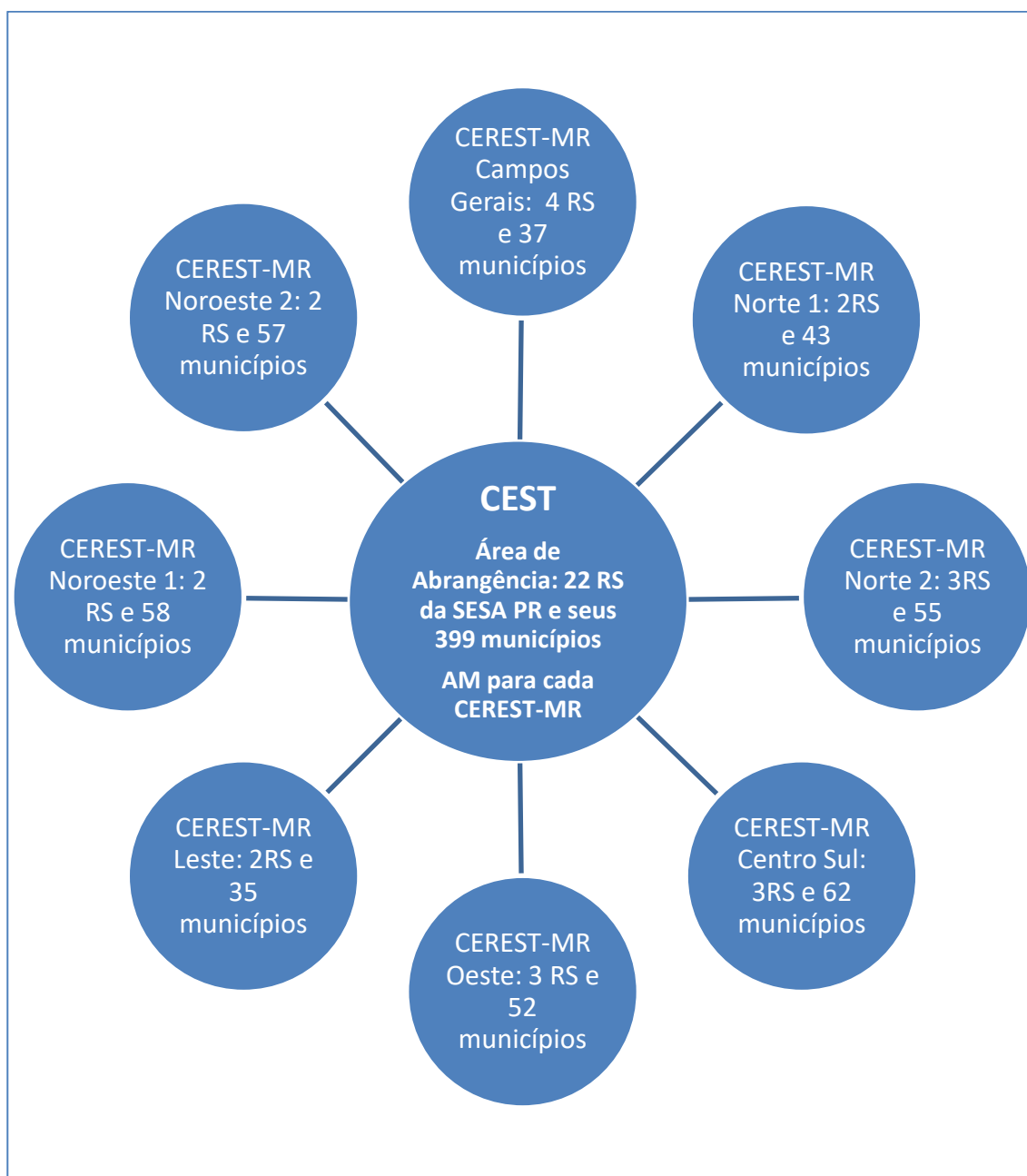
#### 2.4.2.1 Matriciamento no CEST

De acordo com o CEST (2011a), o fortalecimento dos Núcleos Regionais de ST que compõem os CEREST Macro Regionais era uma estratégia fundamental para a consolidação do conjunto de práticas de saúde de caráter contínuo e

sistemático preconizado pela RENAST e fomentado pela PEST. Com o objetivo de sistematizar um processo de trabalho de apoio permanente e mais próximo dos CEREST's/Núcleos Regionais de ST, o CEST instituiu a utilização do matriciamento com o estabelecimento de técnicos de referência para os profissionais das RS da SESA PR dos CEREST Macro Regionais. Esta nova organização do processo de trabalho foi introduzida no CEST pelos gestores entre os anos de 2011 e 2012 (CEST, 2011a).

Do total de profissionais que compunham a equipe do CEST na época, 13 eram apoiadores matriciais dos oito CEREST Macro Regionais, sendo cinco duplas. Até final de 2016, oito técnicos faziam este papel (e até março de 2017 ficaram apenas seis matriciadores). Apresenta-se nas FIGURAS 10, 11 e 12 a organização do matriciamento na ST do PR.

FIGURA 11- MATRICIAMENTO EM ST NO PR



FONTE: A autora (2017)

FIGURA 12- ROTEIRO PARA ATUAÇÃO DOS MATRICIADORES DO CEST

**MATRICIAMENTO:****ROTEIRO PARA ATUAÇÃO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM ST (RT-ST) NOS CEREST/NÚCLEOS REGIONAIS:**

1. Elaboração de diagnóstico situacional da ST no território:
    - a) Perfil produtivo: busca, sistematização e análise das informações;
    - b) Perfil epidemiológico dos trabalhadores: busca, sistematização e análise das informações;
  2. Sensibilização dos gestores e indicação das referências técnicas municipais em ST;
  3. Planejamento das ações de ST (fluxos operacionais);
  4. Apoio ao desenvolvimento e monitoramento da implantação das ações:
    - a) Estruturação das linhas de cuidado;
    - b) Organização das ações em Saúde do Trabalhador (VISAT), na perspectiva da Vig. em Saúde;
    - c) Gestão da informação;
    - d) Estruturação da educação permanente em ST e outras atividades.
  5. Outras atividades da RT-ST:
    - a) Apoio aos CEREST/Regionais;
    - b) Apoio aos processos de Educação Permanente em ST;
    - c) Apoio à participação e ao controle social em ST.
- Como construir o planejamento das ações de ST para a Instância regional?
- a) Diagnóstico Situacional em ST do território;
  - b) Plano de Trabalho da Regional em ST, com ênfase nas macro ações, atividades e estratégias;
  - c) Instrumento padrão. \*

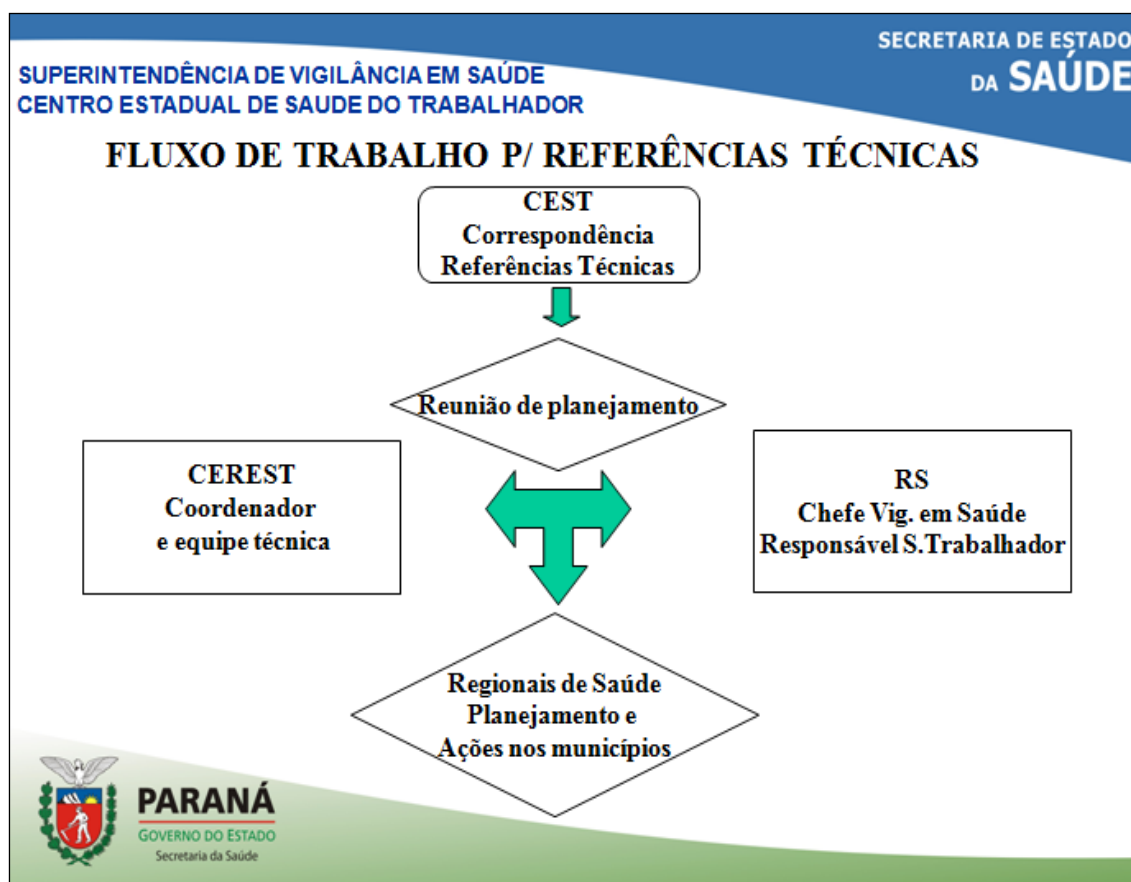
O planejamento das ações regionais de ST deve ser realizado coletivamente, com a participação de todas as RT-ST dos municípios de abrangência

**Instrumento Padrão\***

Planejamento e Monitoramento das Ações em Saúde do Trabalhador								Observações
Elenco Macro Atividade	Ação	Atividades	Meta	Responsável	Formas	Custo Estimado	Status da Ação	

FONTE: CEST (2011b).

FIGURA 13 – FLUXO DE TRABALHO PARA OS MATRICIADORES DO CEST



FONTE: CEST (2011a)

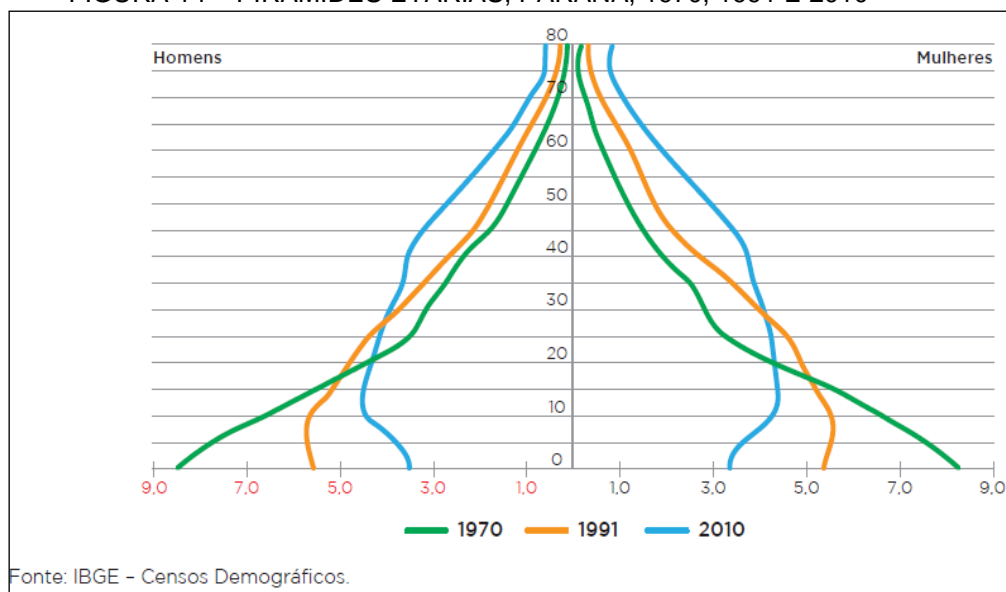
Além do matriciamento, os profissionais do CEST desenvolvem ações previstas na PNSTT e na PEST (ramos e ações priorizadas, já citadas anteriormente), com base nas suas afinidades e perfil técnico, sendo referências para determinado assunto para toda a SESA PR e demais pontos de atenção do SUS dos municípios, bem como para outras instituições, tais como o Ministério Público do Trabalho (MPT). Exemplos, o coordenador técnico coordena e realiza as inspeções de ambientes e processos de trabalho, outro técnico responde mais prontamente sobre as questões de educação permanente, outros trabalham com as questões do trabalho rural, outros trabalham com as notificações dos agravos de ST, assim por diante. Há também participação dos técnicos em fóruns e comitês distintos, tais como o CEIOART e o Fórum de Erradicação do Trabalho Infantil (FETI), coordenado pelo MPT. Encontrou-se maiores subsídios sobre o matriciamento em ST desenvolvido pelo CEST e organização do seu processo de trabalho na pesquisa de campo e na análise de alguns documentos do serviço, os quais serão apresentados na seção dos resultados.

### 2.4.3 Diagnóstico da ST no Paraná

#### 2.4.3.1 Informações Gerais

O Paraná possui 399 municípios, e de acordo com o CENSO do IBGE de 2010, conta com uma população total de 10,4 milhões de habitantes, representando 5,5% da população brasileira e 38,1% da população da região sul. A taxa de urbanização do estado era de 85,3%, um pouco acima da taxa nacional (84,4%) e da região sul (84,9%). A composição por sexo é representada pelo predomínio feminino, com o total de homens representando 96,6% do conjunto de mulheres. A estrutura etária do estado segue a tendência nacional do aumento do número de idosos e pode ser observada na FIGURA 14 (PARANÁ, 2016).

FIGURA 14 – PIRÂMIDES ETÁRIAS, PARANÁ, 1970, 1991 E 2010



Fonte: PARANÁ (2016a)

Sobre o perfil econômico do estado no cenário nacional, de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o Paraná é a quarta maior economia estadual do país, com característica agroindustrial, especialmente na produção de soja, milho, trigo, óleos vegetais, laticínios, proteína animal; bens de consumo não duráveis, de insumos (madeira, papel, celulose e petroquímicos), bens duráveis como automóveis e bens de capital (tratores,



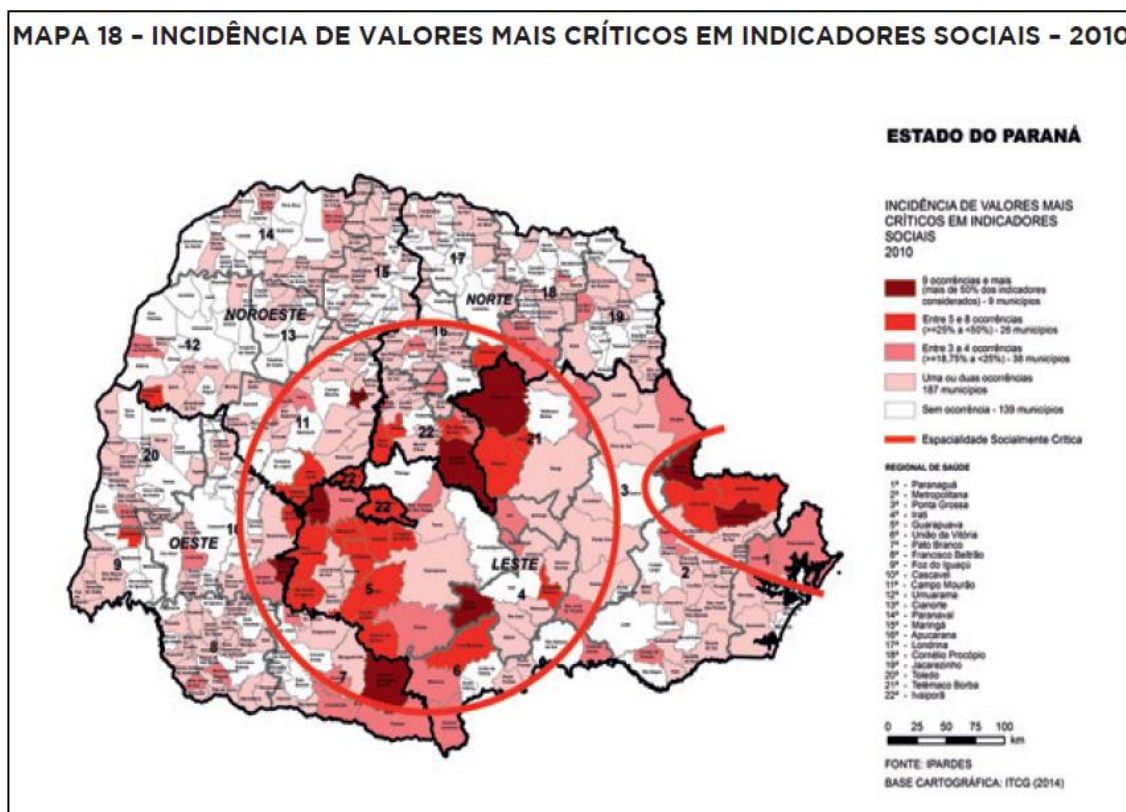
máquinas e equipamentos). Na produção nacional de grãos, no ano de 2015, ficou em segundo lugar, perdendo apenas para o estado de Mato Grosso. Além disso, está entre os dez maiores estados exportadores do país em vários produtos, com destaque em aves (IPARDES, 2016). Internamente, o setor econômico de serviços representa 63,4% do valor do Produto Interno Bruto (PIB), seguido do ramo da indústria, com 26,2% do PIB e da agropecuária, com 10,4% do PIB. O PIB per capita do estado atingiu o valor de 30,3 mil em 2013, inferior ao verificado na região sul (30,5 mil), mas superior ao PIB per capita nacional (25,6 mil), no mesmo ano (PARANÁ, 2016a).

Sobre o mercado de trabalho, houve um aumento de 29,8% nos empregos formais, porém, de forma não uniforme no estado, sendo que a maioria deles concentra-se em poucas cidades, notadamente nas maiores e em suas regiões metropolitanas, a saber: Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel. Porém, a partir de 2015 observou-se uma inflexão na trajetória de redução da desigualdade, dado pelo aumento do desemprego e queda da massa de salários. O rendimento dos paranaenses vem se elevando nos últimos 15 anos, porém ainda é baixo, mesmo apresentando os maiores rendimentos entre os demais estados, e as mulheres continuam a ganhar menos que os homens, aproximadamente 81,7% (PARANÁ, 2016a).

Sobre as questões sociais, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado em 2010 foi de 0.749, ou seja, em comparação com outros estados, ficou em quinto lugar no Brasil, porém, é bastante variável em áreas do estado. O IPARDES desenvolveu uma metodologia própria de avaliação das condições sociais dos municípios, considerando as condições de emprego, renda e produção agropecuária, educação e saúde, e constatou que o estado vêm apresentando melhoria nas condições socioeconômicas desde 2002, ano de início das avaliações, sendo que a dimensão educação foi a que apresentou melhores resultados. Além disso, contribuindo para a atualização do Plano Estadual de Saúde, o IPARDES desenvolveu outro estudo, chamado “Os vários Paranás: identificação das espacialidades socioeconômico-institucionais como subsídio a políticas de desenvolvimento regional”, dos anos de 2000 e 2010, com indicadores selecionados nas áreas de saúde, educação, moradia, renda, IDH, pobreza, e outros, que expressam as situações de carência e vulnerabilidade da população paranaense. Por meio deste estudo foi possível verificar também melhoria em todos os

indicadores analisados, à exceção do déficit habitacional, e foi possível mapear as áreas com os piores índices, conforme a FIGURA 15 (PARANÁ, 2016a).

FIGURA 15 – ÁREAS CRÍTICAS EM INDICADORES SOCIAIS NO PARANÁ, 2010



FONTE: PARANÁ (2016a)

Sobre os indicadores ambientais e de infraestrutura, destaca-se que o estado apresenta 35% dos seus domicílios com atendimento sanitário, ainda assim, estando acima da média nacional de 32,9% e da região sul (28,9%); sobre o abastecimento de água, a média do estado é de 88,1%, média mais alta que o Brasil e a região sul (82,8% e 85,5% respectivamente); sobre a coleta de lixo, 99% dos domicílios urbanos e 64% dos rurais contam com este serviço; sobre a disposição dos resíduos sólidos, constatou-se que 22,9% dos municípios dispõem seus resíduos sólidos urbanos em lixões, 30,8% em aterros controlados e 46,4% em aterros sanitários (PARANÁ, 2016a).

Uma situação importante do estado ainda com relação aos indicadores ambientais, e que merece destaque é a contaminação por agrotóxicos. De acordo com o “Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde”, de 2015, os principais estados brasileiros em consumo de agrotóxicos foram: Mato

Grosso, com 18,9%, seguido de São Paulo, com 14,5% e o Paraná, com 14,3%. O Brasil é o maior mercado deste produto no mundo, representando 19%. Assim, as lavouras paranaenses estão recebendo grandes quantidades de agrotóxico, repercutindo direta e indiretamente na saúde e no meio ambiente, e quem paga pelos prejuízos é a sociedade (ABRASCO, 2015).

Isso porque, o risco de exposição aos agrotóxicos não está concentrado apenas em trabalhadores que atuam direta ou indiretamente em atividades agrícolas e em grupos populacionais que residem no entorno dessas áreas, mas também repercutem para toda a população pelo uso doméstico destes produtos e pelo consumo de alimentos e água contaminados. Para exemplificar tal situação no Paraná, ele é o segundo estado que mais registrou casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos no Brasil e de casos relacionados ao trabalho e é o primeiro em casos de óbitos por intoxicação exógena relacionada ao trabalho, entre os anos de 2007 a 2013, em estudo revelado pelas notificações do SINAN (BRASIL, 2015b).

Sobre o perfil de saúde do estado, destacam-se algumas informações. Sobre a razão de mortalidade materna, em 2016, a qual era de 41,7 por 100 mil nascidos vivos, o estado apresentou valor superior ao da região sul (34,5) e inferior à média nacional, de 58,1 casos (para o ano de 2015). Sobre a taxa de mortalidade infantil, o Paraná vem apresentando redução na série histórica entre os anos de 2009 a 2014 (12,5 para 11,7 casos a cada mil nascidos vivos), porém, apresentou a maior taxa da região sul (11,2) e inferior a média nacional de 13,7 casos, em 2014 (PARANÁ, 2016a).

Em relação aos dados de morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (DCNTs), o Paraná vem apresentando redução das taxas entre os anos de 2006 a 2014, porém, em primeiro lugar, continuam as doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte na população em geral, seguidas das neoplasias e das causas externas (destaque pelo fato de que na faixa etária de 1 a 49 as causas externas são a primeira causa de óbito, no cenário nacional e estadual) (PARANÁ, 2016a). O MS afirma que os óbitos por causas externas vitimaram predominantemente homens jovens de cor parda, podendo-se atribuir este perfil à maior exposição de homens jovens a algumas atividades laborais de maior risco, ao consumo de álcool, aos comportamentos agressivos e à direção perigosa de veículos (BRASIL, 2015b).

Sobre a morbimortalidade por agravos e doenças transmissíveis, no Paraná,

merece destaque a epidemia de Dengue que acometeu o estado em 2015. Houve a primeira campanha de vacinação contra a Dengue em 2016 em 30 municípios que concentram 80% dos casos registrados no Paraná, 93% dos casos graves e 82% das mortes por dengue (50 dos 61 óbitos por dengue em 2016) (PARANÁ, 2016b). Além disso, pela primeira vez em 2015 foi diagnosticado um caso de leishmaniose visceral autóctone, em dois casos em 2016, sendo que um foi a óbito. O Atendimento Antirrábico humano representou entre os anos de 2009 a 2015 a segunda maior proporção de registros no perfil de agravos de notificação compulsória do estado, porém, não se registra casos da doença no estado nas últimas três décadas. Destaca-se também a Hantavirose, doença com distribuição crescente no estado, superior ao quadro nacional, acometendo principalmente trabalhadores rurais em idade ativa (PARANÁ, 2016a).

Por fim, outro agravo transmissível que merece destaque no Paraná com grande interface com a ST é a Brucelose, que também apresenta um perfil de adoecimento que vem aumentando no estado a partir de 2013, acometendo trabalhadores de frigoríficos, médicos veterinários e agropecuaristas (PARANÁ, 2015a). Este agravo desperta o interesse da ST do estado, pois revela as péssimas condições de trabalho, em especial dos trabalhadores de frigoríficos, ramo produtivo este de extrema importância para o estado. Devido a um surto do agravo em um frigorífico de bovinos e a necessidade de estabelecimento de fluxos de assistência e vigilância em saúde, a SESA PR atualizou o Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância em Saúde para a Brucelose Humana (PARANÁ, 2015a) e vem desenvolvendo ações desde então, inclusive, em 2016 o CEST em conjunto com os CEREST Macro Regionais criaram um grupo de técnicos para realizar inspeções em frigoríficos de médio porte no estado, atuando em mais de 19 estabelecimentos. De 2013 a Setembro de 2016 foram notificados 25 casos confirmados do agravo, sendo que 84% dos casos estavam relacionados ao trabalho (PARANÁ, 2016c).

#### 2.4.3.2 Perfil Socioeconômico e de saúde dos trabalhadores do Paraná

No Paraná, em 2010, a População Economicamente Ativa (PEA) era composta por aproximadamente 5.58 milhões de pessoas (IPARDES, 2016),

representando quase metade da população do estado. Os trabalhadores segurados pela Previdência Social, em 2008, eram 3.170 milhões (57% da população ocupada). Destes, 43% da população economicamente ativa não são segurados pela previdência, de acordo com dados da PNAD de 2008 (PARANÁ, 2011). Já o Ministério da Previdência Social e do Trabalho afirma que o grau de informalidade, no Paraná, no ano de 2013 era de 39,4% e que 75% da PEA são contribuintes do INSS.

Sobre as principais características dos empregos formais do estado, em dezembro de 2015, cujos dados são fornecidos pela RAIS e CAGED, é interessante observar, conforme TABELA 2 abaixo, que 48% das vagas de empregos estavam concentradas no ramo de serviços e a principal escolaridade dos trabalhadores era ensino médio completo. Destaca-se estas e outras informações importantes que foram sintetizadas pela pesquisadora com base no Anuário Estatístico do Estado do Paraná (IPARDES, 2015).

TABELA 2- PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO EMPREGO FORMAL NO PARANÁ EM DEZEMBRO DE 2015

SEGUNDO A MOVIMENTAÇÃO DECLARADA NO CAGED, POR SEXO			
Masculino	Admitidos	738.294	
	Desligados	784.845	
	Saldo	-46.551	
Feminino	Admitidos	516.080	
	Desligados	546.672	
	Saldo	-30.592	
Total	Admitidos	1.254.374	
	Desligados	1.331.517	
	Saldo	-77.143	
SEGUNDO ESCOLARIDADE			
Analfabetos		7.137	0,2
Ensino fundamental incompleto		369.100	1,9
Ensino fundamental completo		317.037	0,2
Ensino médio incompleto		257.092	0,3
Ensino médio completo		1.414.585	5,4
Ensino superior incompleto		116.511	0,7
Ensino superior completo		606.443	9,5
Mestrado e/ou doutorado		25.299	0,8
TOTAL		3.113.204	
SEGUNDO SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA			%

Indústria	691.163	2,2
Construção Civil	139.775	0,5
Comércio	670.477	1,5
Serviços	1.505.264	8,4
Agropecuária	106.525	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>3.113.204</b>	

FONTE: IPARDES (2015a)

Um estudo sobre a trajetória do mercado de trabalho informal, no Paraná a partir da base de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) dos anos de 1997 a 2006, encontrou características semelhantes ao do mercado de trabalho formal: a agricultura, o setor de serviços e o comércio são os setores que mais empregam informais, sendo a maioria do sexo masculino, os quais estão mais escolarizados e, a maior parte deles recebem até dois salários mínimos (CORREA, LOPES, PONTILI, 2009).

Sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores, há dados do Ministério da Previdência Social, que congregam apenas trabalhadores segurados, e dados do Ministério da Saúde, os quais, em tese, deveriam cobrir todos os trabalhadores, independentemente inserção no mercado de trabalho. Apresenta-se um breve resumo destas duas bases de dados.

De acordo com dados do SINAN tabulados pelo Ministério da Saúde em 19 de Setembro de 2016, enviados e sistematizados pelo CEST em 2016, entre os anos de 2007 a 2016 (dados preliminares), foram notificados no estado 84.590 agravos da ST, representando, aproximadamente, 7.81% das notificações nacionais no mesmo período, situando o Paraná como o terceiro estado em número de notificações, sendo que o primeiro estado é São Paulo com aproximadamente 40% e Minas Gerais com 12 %. Porém, entre os 11 agravos da ST, o Paraná é o primeiro estado em número de notificações nos casos de intoxicação exógena relacionados ao trabalho, fato já explicado anteriormente devido ao importante consumo de agrotóxicos (CEST, 2016).

Este perfil pode ser explicado devido ao fato de que o estado, desde 2010, ao estruturar a rede de informação em ST, universalizando a notificação das doenças e agravos da ST, instituiu que todos os serviços de saúde públicos e privados inscritos

no CNES são unidades notificadoras (CEST, 2014b). Além disso, havia uma meta no PES 2012-2015 de aumento das notificações da ST em 10% ao ano, entre os anos de 2012 a 2015 (PARANÁ, 2012). Assim, de 8.84 notificações no ano de 2011, evoluiu-se para 12.834 notificações em 2015, superando a meta projetada (PARANÁ, 2016d).

Com relação às notificações das intoxicações exógenas, o estado vem estruturando ações nesta área, em especial pela elaboração do Plano de Vigilância de Populações Expostas a Agrotóxicos no Paraná, com várias ações estratégicas neste sentido, experiência que reverbera como exitosa na RENAST (ABRASCO, 2015).

Apresenta-se na FIGURA 16 a série histórica das notificações dos agravos da ST no estado do SINAN e dos óbitos registrados no SIM.

FIGURA 16– SÉRIE HISTÓRICA DAS NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DA ST POR TIPO, PARANÁ, 2007 – 2015

<b>TABELA 21 - NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR POR TIPO, PARANÁ - 2007-2015</b>											
NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE ST		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Acidente de Trabalho Grave	786	876	839	1969	3995	5825	6916	6697	7598	35501
	Acidente Trabalho com Exposição a Material Biológico	1622	2691	2807	3116	3334	4372	4474	4563	4063	31042
	Intoxicações Exógenas	745	638	606	634	713	659	873	1014	864	6746
DOENÇAS OCUPACIONAIS	LER/ DORT	34	107	44	49	48	226	263	332	398	1501
	Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	2	53	81	72	208
	Transtorno Mental	1	1	3	12	35	29	23	53	25	182
	Dermatoses Ocupacionais	1	2	2	6	35	41	31	29	29	176
	PAIR	3	1	9	6	4	23	5	9	15	75
	Pneumoconiose	1	1	0	3	20	15	6	10	12	68
Total		3193	4317	4310	5795	8184	11192	12644	12788	13076	75499
ÓBITOS DO SIM		351	373	326	405	288	380	421	363	330	3237

Fonte: SESA/SVS/SIM/SINAN. Atualizado em 02 fev. 2016.

FONTE: PARANÁ (2016a)

Semelhante ao perfil nacional de notificações, o estado apresentou que 47% das notificações foram dos acidentes de trabalho grave, seguidos dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, com 41% das notificações e, em terceiro lugar, com 8%, as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. As

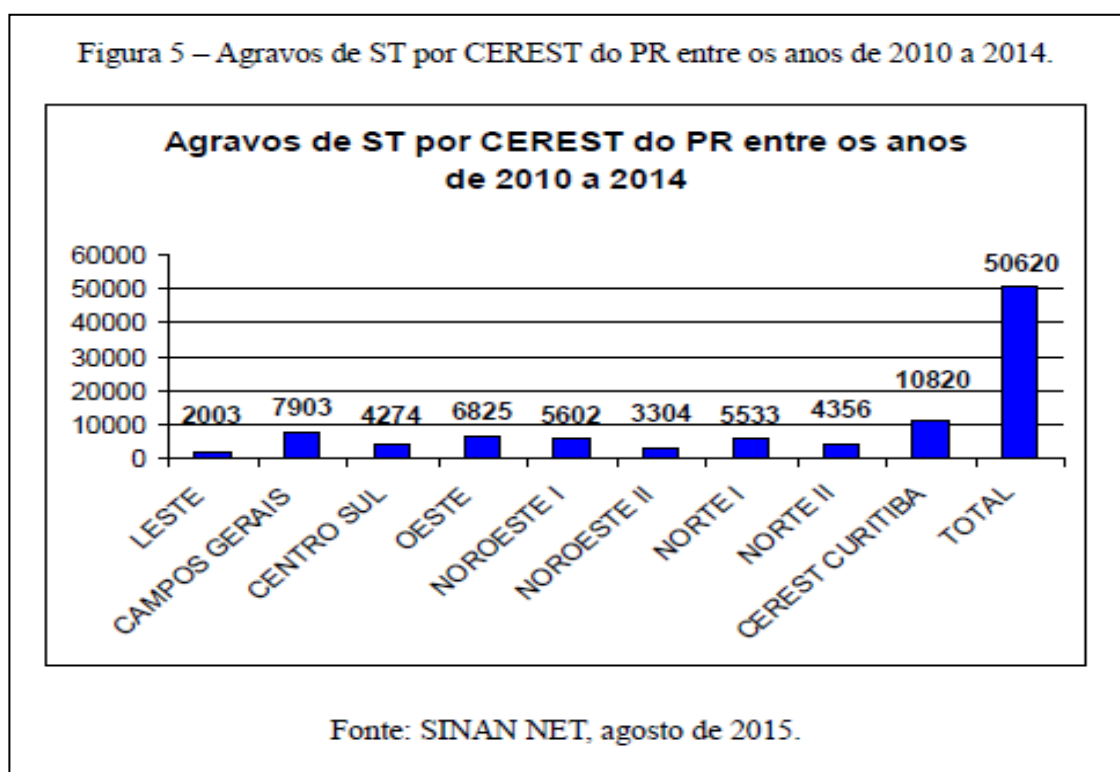
principais características dos trabalhadores que sofreram acidente de trabalho grave na série histórica analisada incluindo os que vieram a óbito, foram trabalhadores do sexo masculino (84,5%), entre 20 a 34 anos (42,2%). As principais ocupações destes trabalhadores foram pedreiro, alimentador de linha de produção, trabalhador agropecuário em geral, motorista de caminhão e servente de obras. As doenças relacionadas ao trabalho representaram no mesmo período apenas 2,9% do total das notificações do SINAN, evidenciando a subnotificação das mesmas (PARANÁ, 2016a).

Com relação aos óbitos do SIM, estudo de Pinto (2014) revelou que entre os anos de 2006 a 2012 morreram no estado em média, por ano, 377 trabalhadores, mais de um trabalhador por dia, sendo que a maioria dos óbitos se concentra no sexo masculino (93,4%), em idade jovem, cujas causas foram, em primeiro lugar, os acidentes de trânsito, seguido pelas quedas, exposição à corrente elétrica e impacto causado por objetos. O estudo afirma ainda que este perfil é semelhante ao de estudos realizados com a mesma temática em outros estados e que se faz necessário reavaliação das estratégias para a prevenção de mortes por acidentes de trabalho e realização de estudos que possam contribuir para entender os processos geradores de acidentes fatais, especialmente no ramo da construção civil e agropecuária.

Estudo de Navarro et. al. (2014) analisou a distribuição das notificações dos agravos da ST por CEREST do estado, e observou que as notificações se concentram nas RS mais populosas, sendo que o CEREST Municipal de Curitiba (da capital do estado e de gestão municipal), responde pela maioria das notificações. A maior unidade notificadora dos agravos da ST no estado é o Hospital do Trabalhador, também sediado em Curitiba, conforme pode ser observado na FIGURA 17 abaixo.



FIGURA 17 – AGRAVOS DA ST POR CEREST DO PR ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014.



FONTE: NAVARRO et. al. (2014, p. 288)

Com relação aos dados de acidentes de trabalho do Ministério da Previdência Social, estão disponíveis as bases de dados para tabulação online dos casos de acidentes de trabalho entre os anos de 1988 a 2014. Assim, neste período, no Brasil, ocorreram 15.278.759 milhões de acidentes de trabalho e no Paraná 1.091.354 milhões de casos, sendo que o Paraná representou neste período aproximadamente 7.14% dos casos, estando em quarto lugar no Brasil, perdendo apenas para São Paulo, com 41,54%, Minas Gerais, com 10,84% e Rio Grande do Sul, com 8,67% (BRASIL, 2014).

Por estado é possível tabular apenas a quantidade de casos por motivo/situação, então, no Paraná, de forma semelhante ao perfil nacional, nesses anos disponíveis, 80.02% dos casos foram acidentes de trabalho típicos com abertura da Comunicação de Acidente de trabalho (CAT), 9.31% dos casos foram do trajeto entre a casa e o trabalho e apenas 2.09% dos casos foram doenças do trabalho (BRASIL, 2014). As demais variáveis disponíveis para a tabulação online não estão desagregadas por estados, então apresenta-se o perfil nacional.

Por grupos de idades, entre os anos de 1997 a 2014, a maioria dos casos se

concentraram entre 25 a 29 anos, representando 17.99% dos casos, seguidos da faixa etária de 20 a 24 anos, com 16.65% e de 30 a 34 anos com 16.10% dos casos. Sobre o sexo, 71.53% dos casos ocorreram em homens (BRASIL, 2014).

Pela variável atividade econômica, entre os anos de 2006 a 2014 no Brasil, do total de 6.154.880 milhões de casos, os cinco principais ramos foram comércio varejista, com 8.91%, seguido das atividades de atenção à saúde humana, com 8.22%, fabricação de produtos alimentícios, 7.76% dos casos, transporte terrestre, com 4.25% e agricultura, pecuária e serviços relacionados com 3.44% dos casos.

#### 2.4.3.3 Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (VIGIASUS)

Outra importante informação para complementar e finalizar o diagnóstico da ST no Paraná, e que influencia o processo de trabalho do CEST e CEREST Macro Regionais, são as ações de ST pactuadas com os municípios do estado, por meio do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde (VIGIASUS) e seus resultados (estes resultados apresentam também um diagnóstico da própria rede do SUS em relação a ST).

Implantado em 2013, este programa da SVS da SESA Paraná tem por objetivo fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no estado por meio de três componentes estratégicos: repasse de incentivo financeiro estadual aos municípios para aplicação de capital e custeio; educação permanente voltada para os municípios e RS; estruturação de serviços próprios de vigilância em saúde da SESA. A adesão do município ao programa é voluntária e o repasse financeiro é fundo a fundo, por meio de resoluções específicas. As ações do programa são discutidas por um grupo técnico composto por diversos representantes das superintendências da SESA, das RS, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS) e Conselho Estadual de Saúde (CES). O número de ações que devem ser desenvolvidas pelos municípios variam conforme critérios específicos (tais como número de habitantes e o Fator de Redução de Desigualdades) (PARANÁ, 2016a).

Tais ações são discutidas pelos matriciadores do CEST e monitoradas periodicamente, e trabalhadas em conjunto com os técnicos dos CEREST Macro

Regionais, a fim de auxiliar os profissionais de saúde dos municípios a realizarem a atenção integral a ST. As ações específicas da ST e seus resultados podem ser observados nas TABELAS 3 e 4 abaixo:

TABELA 3 – AÇÕES DA ST NO VIGIASUS, 2014

TABELA 3 - AÇÕES DA CTNO VIGIACCS, 2014

Ações de ST do VigiaSUS 2014 a serem desenvolvidas pelos Municípios	Resultado*	Resultado por área técnica da SVS
<b>Elenco 1</b>		
1.82 - Elaborar o Diagnóstico de Situação da Saúde do Trabalhador do município	48%	<b>CEST: 53.3%</b> das ações foram realizadas pelos municípios, ao compararmos com as outras áreas, foi o setor com o pior desempenho:  - Laboratórios: 77.8% - Centro de Informações Estratégias da Vigilância em Saúde (CIEVS): 86.7% - Vig. Sanitária: 77.5% - Vig. Ambiental: 70.3% - Vig. Epid.: 81.2%
1.83 - Notificar os agravos relacionados à saúde do trabalhador no SINAN e preencher o campo “ocupação”	67%	
1.84 - Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves e fatais em até 72 horas	47%	
1.85 - Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP).	67%	
1.86 - Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em saúde do trabalhador	82%	
1.87 - Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho: Dos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal; Das empresas formuladoras e de síntese de agrotóxicos.	48%	
1.88 - Desenvolver ações de saúde do trabalhador em atividades estratégicas: Da construção civil; Das atividades rurais; Frigoríficos.	28%	
<b>Elenco 2</b>		
2.15 - Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em mais um (01) ramo/atividade a ser priorizado no território	42%	
<b>Elenco 3</b>		
3.11 - Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em todos os ramos prioritários de acordo com o perfil produtivo e processos de trabalho existentes no território.	33%	

\* Resultado: é expressado através da porcentagem de municípios que realizaram a ação.

FONTE: PARANÁ (2015b)

TABELA 4 – AÇÕES DA ST NO VIGIASUS, 2015 e 2016\*

Ações de ST do VigiasUS	2015	2016		Resultado por área técnica da SVS
	Ano Inteiro	1º Quadri mestre	2º Quadri mestre	2015:
<b>Elenco 1</b>				<b>CEST:</b>
1.68 - Elaborar e/ou atualizar do ano anterior o diagnóstico de situação da Saúde do Trabalhador do município.	75%	55%	62%	<b>63,5%</b> das ações, novamente com o pior desempenho ao compararmos com as outras áreas:
1.69 - Notificar os agravos relacionados à saúde do trabalhador no Sinan e preencher os campos: ocupação, dados da empresa e descrição do acidente.	83%	72%	64%	- Laboratórios: 74%
1.70 - Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves, fatais, crianças e adolescentes em: Até 3 dias úteis para os municípios do elenco 1; 5 dias úteis para os municípios do elenco 2; e 10 dias úteis para os municípios do elenco 3.	56%	53%	54%	- CIEVS: 92,6%
1.71 - Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP).	71%	63%	56%	- Vig. Sanitária: 86,3%
1.72 - Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em saúde do trabalhador.	90%	84%	71%	- Vig. Ambiental: 72,5%
1.73 - Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho nos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal.	77%	74%	66%	- Vig. Epid.: 83%
1.74 - Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho nas empresas formuladoras e de síntese de agrotóxicos.	73%	48%	11%	<b>2016:</b>
1.75 - Desenvolver ações de saúde do trabalhador no ramo da construção civil.	32%	33%	30%	<b>1º</b>
1.76 - Desenvolver ações de saúde do trabalhador no Trabalho Rural.	28%	25%	27%	<b>Quadrimestre:</b>
1.77 - Desenvolver ações de saúde do trabalhador nos Frigoríficos/Abatedouros.	66%	50%	45%	<b>- CEST: 56,2%</b>
<b>Elenco 2</b>				Laboratórios: 73,7%
2.8 - Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em mais um (01) ramo/atividade a ser priorizado no território.	47%	43%	45%	- CIEVS: 85,3%
<b>Elenco 3</b>				- Vig. Sanitária: 80,3%
3.10 - Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em todos os ramos prioritários de acordo com o	35%	34%	25%	- Vig. Ambiental: 66,8%
				- Vig. Epid.: 78,8%
				<b>2º</b>
				<b>Quadrimestre:</b>
				<b>- CEST: 60,1%</b>
				Laboratórios: 75,3%
				- CIEVS: 83,5%
				- Vig. Sanitária: 78,9%
				- Vig. Ambiental: 65,2%
				- Vig. Epid.: 74,2%

---

perfil produtivo e processos de trabalho  
existentes no território.

---

\* 2016 dados parciais. FONTE: PARANÁ (2016c; 2017b).

Observa-se pelos resultados das ações de ST no estado que houve uma substancial melhora nas notificações dos agravos<sup>20</sup>, contudo, persistem dificuldades em relação às ações de inspeção em ambientes e processos de trabalho prioritários para o estado. Também, há necessidade de intensificar as investigações dos casos de acidentes de trabalho graves (mutilações, fatais e envolvendo menores de 18 anos), ações essenciais de VISAT para a interrupção das mortes e acidentes relacionados ao trabalho. Além disso, dentro do âmbito das vigilâncias, observa-se que a ST é o campo que obteve o pior desempenho nos anos avaliados até agora (2014, 2015 e 2016 - dados parciais). As ações deste programa foram detalhadas no artigo 3, apresentado na seção dos resultados.

---

<sup>20</sup> Há outras pactuações federais com relação a notificação dos agravos da ST, nas quais se observa a melhora no número das notificações dos agravos da ST.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, cuja análise do material coletado por entrevistas, questionários e pesquisa documental aconteceu por meio da estratégia da Triangulação de Métodos. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico desta pesquisa Minayo (2005) e (2006), juntamente com Franco (2012) para a análise de conteúdo.

A abordagem qualitativa foi utilizada neste trabalho, pois:

Trabalha-se com atitudes, crenças comportamentos e ações, procurando-se entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem. [...] compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados, ou seja, acredita-se que exista uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes (MINAYO, 2005, p. 82).

O conceito de triangulação pode ser entendido como "uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares" (MINAYO, 2005, pág. 71). Minayo (2006) apresenta outro conceito interessante do termo triangulação a partir da literatura utilizada em seu livro:

*Triangulação* é um conceito que vem do interacionismo simbólico e é desenvolvido, dentro desta corrente, primeiramente por Denzin (1973) significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação (MINAYO, 2006, p. 29)

Para se operacionalizar uma pesquisa, Minayo (2006) propõe didaticamente os "Passos Práticos da Avaliação por Triangulação de Métodos" (pág.36-45).

Adaptando esta metodologia para este trabalho, utilizou-se sete etapas, as quais serão brevemente descritas abaixo, em formato de quadro, para facilitar o entendimento do percurso metodológico da pesquisadora. Apesar desta pesquisa não pretender analisar o Matriciamento, mas sim compreender este processo de trabalho, acredita-se que avaliação por triangulação de métodos aplica-se aos objetivos propostos.

TABELA 5 - PASSOS PRÁTICOS DA AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

<b>Etapas</b>	<b>Conceito e Observações</b>
<b>Formulação do objeto ou da pergunta referencial</b>	Etapas que irá guiar todo o processo e planejamento geral da avaliação;
<b>Escolha da Bibliografia de referência e das fontes de informação;</b>	Como fontes entende-se que são os atores sociais envolvidos e a literatura da área.
<b>Construção dos Instrumentos para a coleta primária e secundária das informações:</b>	"Na abordagem qualitativa, os instrumentos de coletas de dados devem servir para aprofundar a história, captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares e com a população; compreender as representações e os símbolos ..." (p. 42).
<b>Organização e realização do trabalho de campo:</b>	"Ir para ver, ouvir, observar e comunicar-se" (p. 157).
<b>Análise das informações coletadas:</b>	"Ordenação dos dados, na sua classificação e na análise propriamente dita" (p. 43).
<b>Elaboração do Informe Final:</b>	"é uma construção do coletivo de pesquisa, em forma de síntese" (pág.44). "Merece destaque a parte dos resultados da pesquisa, no qual devem constar os aspectos críticos, as lições aprendidas e a visão de futuro" (p.45).
<b>Entrega, Devolução e Discussão com todos os atores interessados na avaliação, visando a implementação de mudanças;</b>	"o aspecto ético da pesquisa precisa prevalecer sobre interesses corporativos, preservando-se um diálogo franco sobre os limites da intervenção social, sobre seus aspectos críticos e também sobre suas potencialidades" (p. 45).  "Sugerir a continuidade dos projetos e acompanhá-los sempre com instrumentos de avaliação que possibilitem manter vivo o sentido da ação ..." (p. 45).

FONTE: Adaptado de MINAYO (2005).

## 3.2 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas e formulário eletrônico com atores envolvidos na estratégia do AM em ST na SESA PR e serão descritos a seguir. Os procedimentos para a coleta dos dados secundário foram por meio da Análise de Documentos e Pesquisa Bibliográfica. A busca da literatura ocorreu por meio da metodologia da Revisão Integrativa (RI), a qual está apresentada no artigo 1 "Apoio Matricial e a Saúde do Trabalhador: Uma Revisão Integrativa da Literatura", o qual consta na Seção de Resultados.

### 3.2.1 Entrevistas

As entrevistas podem ser consideradas "conversas com finalidade" (MINAYO, 2004, apud, MINAYO 2005). Foram entrevistados alguns atores sociais envolvidos no processo de Matriciamento em ST. O primeiro deles foi o Diretor do CEST, gestor que implantou tal metodologia de trabalho. A técnica de entrevista foi a semiestruturada, "em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada" (MINAYO, 2005, pág. 91). A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita, a qual aconteceu no CEST em um momento oportuno para o entrevistado.

Em segundo lugar, foram entrevistados, de forma individual, os profissionais da equipe do CEST que desenvolvem as ações de Matriciamento. Na época da pesquisa de campo (Entre Abril a Junho de 2016), contando com a própria pesquisadora, oito profissionais vinham desenvolvendo este trabalho, sendo assim, sete deles foram convidados e seis aceitaram participar da pesquisa, por meio de entrevistas também semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas, as quais aconteceram no CEST.

Aplicou-se o roteiro de entrevistas na matriciadora que não aceitou participar da pesquisa a fim de testar o instrumento (pré-teste). O roteiro era composto pelas perguntas descritas no Apêndice 2.



### 3.2.2 Formulário Eletrônico

Foram aplicados formulários eletrônicos aos profissionais de saúde das 22 RS do estado, a fim de conhecer o entendimento acerca da temática. O instrumento foi preenchido pelo próprio participante, de forma eletrônica, pelo fato de que a maioria destes profissionais de saúde não mora em Curitiba e até pensando em se garantir o anonimato e sigilo dos participantes. O instrumento foi enviado por email aos profissionais mediante contato telefônico prévio.

Para a aplicação do questionário foi utilizado o *Google Forms*, aplicativo gratuito para a confecção e distribuição de questionários. Na época da pesquisa de campo, as 22 RS da SESA PR que formam os oito CEREST-MR possuíam aproximadamente 50 profissionais que executam as ações de ST a nível regional. Estes profissionais são os que recebem o Matriciamento dos profissionais do CEST. Destes, 28 aceitaram participar da pesquisa e responderam ao questionário. Os dados quantitativos foram tabulados por meio do próprio *Google Forms* e análise feita mediante estatística descritiva dos resultados.

### 3.2.3 Análise dos Documentos

A escolha dos documentos partiu da necessidade de escrever a história da ST no Paraná, a qual não estava sistematizada, apenas em partes em alguns trabalhos encontrados, os quais foram utilizados para compor a revisão de literatura, na seção da ST no Paraná. À medida que os dados das entrevistas e questionários foram sendo analisados, a busca dos documentos foi sendo sistematizada. Dividiram-se os documentos analisados em três tipos:

- **Documentos informais do CEST:** Textos e apresentações de slides utilizados em capacitações e reuniões de equipe e entre os CEREST Macro Regionais, armazenados no servidor; Textos de registro das atividades dos técnicos do CEST armazenados no servidor; Boletins impressos do CEMAST, disponíveis nos arquivos do CEST;

- **Documentos formais de gestão:** PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, do Ministério da Saúde: disponível na internet; PEST - Política Estadual de ST: disponível no site da SESA PR; PES – Plano Estadual de Saúde: disponível no site da SESA PR; Foram analisados os planos de 2008-2011; 2012-2015; 2016-2019; RAG - Relatório Anual de Gestão e por quadrimestre: disponíveis no site da SESA PR, foram analisados os relatórios dos anos de 2011 a 2016;
- **Documentos do Controle Social:** Memórias das reuniões da CIST - Comissão Intersectorial de ST, do CES - Conselho Estadual de Saúde: disponíveis no site da SESA PR; Documentos e relatórios finais das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná: disponíveis no site da SESA PR; Memórias de reuniões e algumas resoluções da CIB - Comissão de Intergestores Bipartite: disponíveis no site da SESA Paraná;

### 3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL QUALITATIVO

Por meio do livro de Franco (2012), cujo título é "Análise de Conteúdo", a pesquisadora obteve o embasamento teórico para proceder à análise das falas dos entrevistados e das perguntas abertas do questionário. Esta autora baseia-se, entre outros autores, nos pressupostos de Bardin.

Para a autora, a análise de conteúdo:

É um procedimento de pesquisa que se situa em um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem como ponto de partida a mensagem [...] permitindo ao pesquisador fazer inferências sobre qualquer um dos elementos da comunicação [...] é portanto, com base no conteúdo manifesto e explícito que se inicia o processo de análise (FRANCO, 2012, p. 26 e 30).

Por inferência entende-se um procedimento intermediário entre a descrição e a interpretação do conteúdo do texto em análise, pressupondo a comparação dos dados obtidos a partir dos discursos, processo este influenciado por diferentes concepções de mundo, tanto do emissor da mensagem, como de quem a recebe e codifica (FRANCO, 2012).

Nesta pesquisa foram utilizados, para a análise dos conteúdos dos textos, o tema derivado das perguntas dos roteiros de entrevistas e questionários, pois o tema

é considerado a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo. E o contexto em que os temas estão sendo analisados, ou o "pano de fundo" das falas é a organização da ST no SUS do Paraná.

Também, para a análise e categorização do material empírico, Minayo (2005) propõe as seguintes etapas para a classificação das informações obtidas, descritas brevemente:

- Levantamento horizontal e exaustivo dos textos: leitura de todo o material levantado (textos, documentos, entrevistas dos participantes do grupo focal, diário de campo, entre outros...) e posterior registro das impressões do pesquisador, buscando coerência interna das informações. Após esta primeira análise, o pesquisador deverá ser capaz de construir categorias empíricas e categorias analíticas;
- Leitura transversal: separação dos materiais por temas, agrupando em unidades menores de sentido e posteriormente deverá construir categorias finais de análise;
- Análise final: análise do material empírico com o material teórico levantado;

Todo este processo foi realizado com o material qualitativo que emergiu das entrevistas com os diversos participantes da pesquisa, com a literatura estudada e com os documentos analisados.

### 3.4 TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

Minayo (2005) afirma que a triangulação de métodos é um desafio, o qual apresenta basicamente dois movimentos, sendo o primeiro de "uma valorização fenomênica e técnica dos dados primários [...] em si mesmos e à exaustão [...]" e em segundo lugar "eles são ao mesmo tempo contextualizados, criticados, comparados e triangulados" (MINAYO, 2005, p. 185).

No primeiro movimento, deve-se realizar uma análise interna do material: classificar o material a partir das formas como eles foram construídos (Entrevistas, Questionários e Documentos); preparar e reunir o material de cada classificação final (por exemplo, organizar todo o diário de campo da observação); avaliação do

material disponível (caso seja necessário, voltar a campo de pesquisa, contudo, deve-se considerar "que o material construído no campo está suficiente quando se percebe que as ideias acerca das questões da pesquisa começam a se repetir"), (MINAYO, 2005, p. 189); elaboração das estruturas de análise, "por meio de aproximações sucessivas por meio de propostas de categorização" (MINAYO, 2005, p. 190), separando o material, por exemplo, por tipo de material coletado ou pelas fontes das informações (matriciadores, matriciados, gestor).

No segundo movimento, a autora sugere como forma de análise a interpretação de sentidos, a qual resumidamente consiste em fazer uma leitura compreensiva do material selecionado, colocando-se no lugar dos participantes e ancorando-se sempre na literatura, tentar ir além dos fatos descritos, buscando em todos os materiais da pesquisa as ideias que estão por trás dos textos (acessando o diário de campo, por exemplo), e finalmente, realizando-se a interpretação da interpretação, a síntese, "por meio da construção criativa de possíveis significados" (MINAYO, 2005, p. 207).

### 3.5 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu no CEST e na sua rede de serviços que compõem a ST no Estado do Paraná, ou seja, os oito CEREST-MR formados pelas 22 RS. Todos são equipamentos da SESA PR. O CEST é sediado em Curitiba e os CEREST-MR estão sediados em Curitiba, Irati, Londrina, Cascavel, Maringá, Cianorte, Apucarana e Pato Branco. Maiores informações estão detalhadas na seção da revisão de literatura sobre a ST no PR. As entrevistas e formulário eletrônico foram coletados entre os meses de Abril a Junho de 2016 e a pesquisa documental de Abril a Dezembro de 2016.

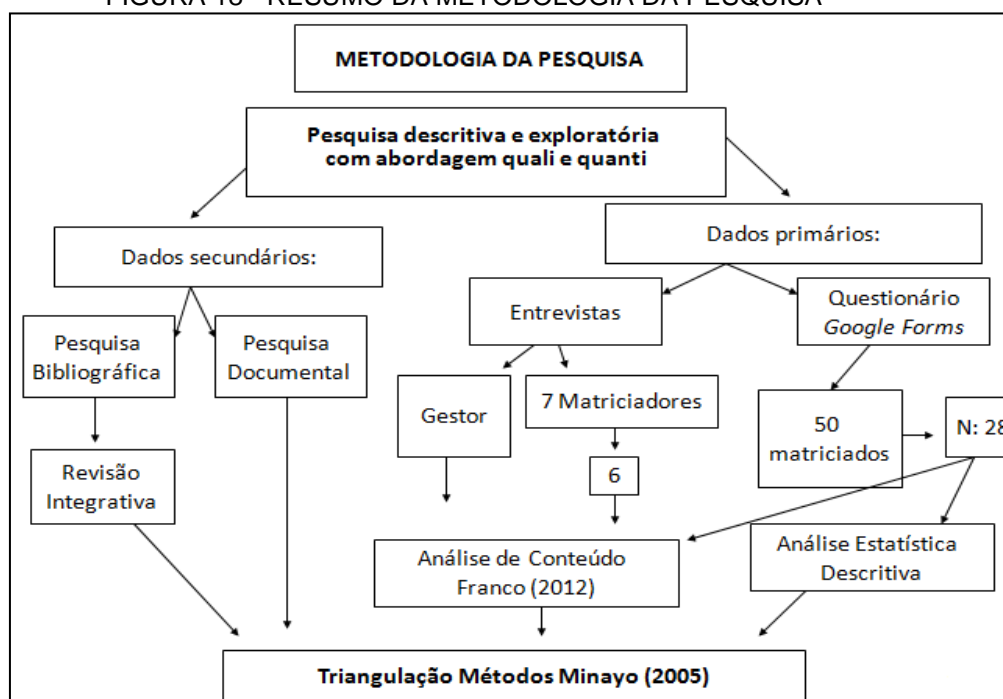
### 3.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram entrevistados um gestor do CEST, seis matriciadores e responderam ao formulário 28 profissionais dos CEREST-MR. Suas características estão apresentadas na seção dos resultados.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Após a aprovação do projeto de pesquisa no CEP da UFPR (17 de Fevereiro de 2016, Número do Parecer: 1.412.934, CAAE: 51700215.9.0000.0102) e no CEP da SESA PR (31 de Março de 2016, Número do Parecer: 1.472.161, CAAE: 51700215.9.3001.5225), todos os preceitos éticos foram atendidos. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido constam no Apêndice 1.

FIGURA 18 - RESUMO DA METODOLOGIA DA PESQUISA

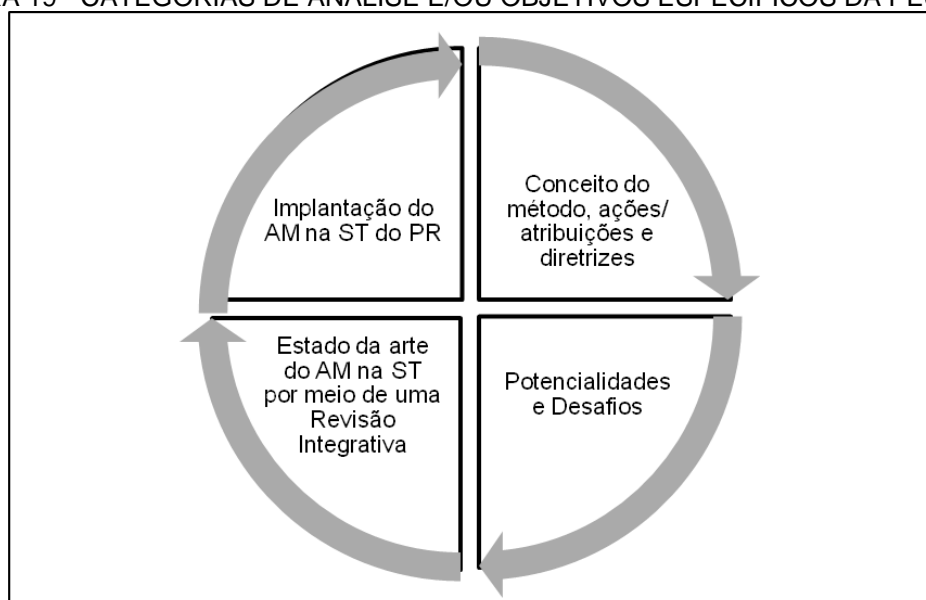


FONTE: A autora (2017)

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da triangulação das técnicas de coletas de dados, as quais foram a análise documental, entrevistas com seis matriciadores do CEST e com o gestor e das respostas do questionário aplicado e respondido por 28 matriciados, somados aos apontamentos da banca de qualificação, a pesquisadora percebeu que as categorias de análise que surgiram da pesquisa de campo estavam contidas nos próprios objetivos específicos da pesquisa, apresentadas na FIGURA 19.

FIGURA 19 - CATEGORIAS DE ANÁLISE E/OU OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA



FONTE: A autora (2017)

Por meio da transcrição das entrevistas, da compilação das respostas dos questionários e seleção dos documentos que foram analisados, obteve-se uma grande quantidade de material, sendo assim, serão apresentados os resultados que tiveram maior frequência e significação para o estudo. Como se optou pela apresentação dos resultados em formato de artigo, a autora percebeu que não ficaria claro fragmentar cada objetivo específico em um artigo específico, pois todos se complementam. Assim, optou por fazer um artigo de Revisão Integrativa da Literatura, um artigo de síntese dos achados da pesquisa e outro para aprofundar as particularidades da ST no PR. Apresenta-se então na TABELA 6 os artigos produzidos, a fim de demonstrar a organização deste capítulo de resultados e discuss

TABELA 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO ORGANIZADOS EM ARTIGOS

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ARTIGOS*</b>
1-Conhecer e descrever o estado da arte do AM em ST por meio de uma Revisão Integrativa da literatura;	1 - AM e a ST: Uma Revisão Integrativa
2-Identificar e descrever as ações de Matriciamento em ST desenvolvidas no Paraná;	2 - AM na ST do PR: Contexto da Implantação, Potencialidades e Dificuldades.
2-Descrever o processo de implantação do AM na ST do PR na perspectiva dos envolvidos (matriciadores, gestor e matriciados);	
3-Apreender o entendimento dos envolvidos a respeito deste processo de trabalho, refletindo sobre as suas dificuldades e potencialidades para a efetivação da PNSTT e da PEST;	
2-Identificar e descrever as ações de Matriciamento em ST desenvolvidas no Paraná;	3 - A ST no PR sob o ponto de vista de dois instrumentos de gestão: o AM e o Programa Estadual de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (VIGIASUS)
3-Descrever o processo de implantação do AM na ST do PR na perspectiva dos envolvidos (matriciadores, gestor e matriciados);	

\* Artigo 1 pré-formatado para a submissão à Ciência e Saúde Coletiva e artigos 2 e 3 pré-formatados para a submissão à revista Cadernos de Saúde Pública.

FONTE: A autora (2017)

Antes da apresentação dos artigos, faz-se uma síntese sobre os participantes da pesquisa, pois nos artigos não foi possível entrar em detalhes neste quesito.

TABELA 7 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

<b>Se- Xo</b>	<b>Ida- De</b>	<b>Formação</b>	<b>Experiência e Vínculo na SESA</b>	<b>Tempo de CEST</b>
M	55	Graduado em Tecnologia Sanitária pela UNICAMP e em Ciências Físicas e Biológicas, Sanitarista e Especialista em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde	Desde a década de 90 atua na saúde e área de gestão. Servidor da SESA	Entrou no CEST em 2011 e desde então está na Direção
M	61	Técnico de Segurança do Trabalho, graduado em Direito	Atuou em diversos ramos e no movimento sindical, é contratado via FUNPAR.	Entrou no CEST em 2012 como Coordenador Técnico
F	?	Psicóloga e Sanitarista, com Mestrado e Doutorado	Atuou no Programa de Saúde Mental da SESA por anos. Servidora da SESA desde a década de 90.	Entrou no CEST em 2011 e além de outras funções é matriciadora
F	37	Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva e	Atuou na Estratégia Saúde da Família, é servidora da Secretaria	Entrou no CEST em 2011 e atualmente além de ser

		Enfermagem do Trabalho, cursando Esp. em ST pela FIOCRUZ.	de Municipal de Saúde de um município do Paraná.	matriciadora é a coordenadora do setor de sistemas de informação e análise de situação
F	32	Técnica de Enfermagem, formada em Enfermagem e Esp. em Gestão da VISA, cursando Esp. em ST pela FIOCRUZ.	Atuava em hospitais e como docente de cursos técnicos. Entrou na SESA em 2011 por meio de concurso público.	Entrou no CEST em 2011 no setor de sistemas de informação e análise de situação
F	50	Farmacêutica, Esp. ST	Atuou na vigilância sanitária municipal e estadual. Servidora da SESA.	Atuou no antigo CEMAST entre os anos de 1996-2006. Em 2011 retorna ao CEST
F	55	Assistente Social, Mestre.	Atuou em várias frentes de trabalho, nos movimentos sociais. Servidora da SESA desde a década de 90.	Entrou no CEST em 2006, além de ser matriciadora é responsável pelos projetos de formação continuada em ST.

FONTE: A autora (2017)

Por meio desta breve caracterização dos entrevistados foi possível perceber que a maioria deles possui uma ampla experiência de atuação no SUS, e com exceção do coordenador técnico do CEST, todos são servidores públicos e com uma formação sólida em áreas que se não específicas da ST, mas que possuem interface com a mesma.

Uma informação que se faz pertinente de registrar é que o CEST, por meio da SESA em parceria com a FIOCRUZ comprou o curso EAD de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, o qual teve início em Abril de 2016, perfazendo um total de aproximadamente 160 alunos divididos em quatro polos de ensino no Paraná, sendo que dos alunos, dois são matriciadores do CEST, como consta na TABELA 7 acima, uma matriciadora é coordenadora de um dos polos do curso, outra matriciadora é tutora de uma das turmas. Também, alguns técnicos dos CEREST-MR são alunos do curso.



TABELA 8 - CARACTERIZAÇÃO DOS MATRICIADOS QUE RESPONDERAM AO FORMULÁRIO ELETRÔNICO

<b>Variável</b>	<b>N = 28</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	18	64.3
Masculino	10	35.7
Idade		
De 18 a 30 anos	1	3.6
De 31 a 40 anos	6	21.4
De 41 a 50 anos	11	39.3
De 51 a 60 anos	10	35.7
Escolaridade		
Ensino Médio/ Técnico	2	7.1
Graduação	4	14.3
Especialização	21	75
Mestrado	1	3.6
Tipo de vínculo de trabalho com a SESA		
Estatutários	28	100
Tempo de Trabalho na ST		
Menos de 2 anos	4	14.3
Entre 2 a 5 anos	9	32.1
Entre 5 a 10 anos	10	35.7
Entre 10 a 20 anos	4	14.3
Mais de 20 anos	1	3.6
Formação Profissional		
Outros	7	25
Enfermagem	9	32.1
Técnico em Segurança do Trabalho	8	28.6
Medicina	2	7.1
Farmácia	1	3.6
Técnico/ Inspetor em Saneamento	1	3.6
Você desenvolve ações exclusivas de ST ?		
Sim	15	53.6
Não	13	46.4

Fonte: A autora (2017)

Observa-se na TABELA 8 acima que a maioria dos profissionais apresentam um tempo razoavelmente longo de trabalho na SESA e na ST, sendo todos funcionários públicos. Mesmo os profissionais que prestaram concurso para cargos de nível médio possuem graduação (14.3%) e especialização (75%). Destaca-se o fato de que 53.6% dos profissionais não desenvolvem apenas ações de ST nas suas Regionais de Saúde que compõem os CEREST Macro Regionais. Este fato corrobora com as falas dos matriciadores que percebem a sobrecarga de trabalho dos matriciados.

## ARTIGO 1 - APOIO MATRICIAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### RESUMO

O artigo compreende Revisão Integrativa com o objetivo de descrever o estado da arte do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador no Brasil. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora propõe a utilização do AM pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador a toda a rede de atenção do SUS. Esta Revisão Integrativa foi realizada em sete bases de dados, entre Fevereiro a Agosto de 2016. Emergiram as seguintes categorias de análise dos 28 materiais: Definindo o Apoio Matricial; Normativas e Diretrizes do Ministério da Saúde sobre o Apoio Matricial na Saúde do Trabalhador; Relatos de Experiências: Desvendando as potencialidades e desafios do Apoio Matricial na Saúde do Trabalhador. Concluiu-se que há evidências práticas do Apoio Matricial como ferramenta de trabalho das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, com ênfase na Atenção Primária em Saúde, a fim de fortalecer a Saúde do Trabalhador na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. Porém, faltam subsídios teórico-metodológicos, recursos humanos e infraestrutura para a sua plena incorporação.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Revisão; Apoio Matricial.

### INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil é um importante campo da Saúde Coletiva, buscando "conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença", influenciada pelo discurso da Medicina Social Latino-Americana e da determinação social do processo saúde - doença (LACAZ, p. 757)<sup>1</sup>. Compete ao SUS, conforme versa a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, executar ações de ST e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho<sup>2</sup>. Visando superar alguns desafios da atenção à ST no SUS (as quais aconteciam de forma isolada, com pouco financiamento e baixa cobertura de ações com forte cunho assistencialista), o Ministério da Saúde (MS) em 2002 estruturou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST)<sup>3,4</sup>.

Atualmente, a RENAST é a principal estratégia do MS para a incorporação das ações de ST no âmbito do SUS, designando aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) a atribuição principal de suporte técnico e científico do campo de conhecimento da ST para toda a rede do SUS. Tal suporte

técnico visa orientar a rede do SUS em suas práticas e oferecer retaguarda técnica especializada<sup>5</sup>. Contudo, apesar dos esforços do MS, a RENAST vem sofrendo duras críticas, a exemplo da frase "rede que não enreda", de Leão e Vasconcelos<sup>6</sup>. A partir disto, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria MS nº 1823/2012<sup>5</sup>, conquista histórica após anos de lutas no campo da ST<sup>7</sup>, o MS reafirma todo o arcabouço teórico da ST<sup>8</sup>, bem como preenche uma lacuna existente de uma normatização e marco conceitual claro, a nível nacional, das ações de ST no SUS<sup>9</sup>.

A PNSTT define os princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores no SUS, cujas ações devem estar focadas na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos<sup>5</sup>. Como uma das estratégias de integração das ações de VISAT com os demais componentes da vigilância em saúde e com a Atenção Primária em Saúde (APS), a PNSTT propõe mudanças nas práticas e ampliação da capacidade técnica dos profissionais da ST, especialmente para atuação por meio do Apoio Matricial (AM) para os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Equipes de Referência (ER) dos municípios<sup>5</sup>.

Os CEREST são as principais instâncias matriciadoras das ações de ST no SUS<sup>5</sup>, com um núcleo de conhecimento específico que, no caso da ST, diz respeito a cultura da centralidade do trabalho no processo de adoecimento das coletividades humanas. Já as ER são compostas por profissionais que se responsabilizam pela clientela adscrita a um serviço de saúde, de acordo com as características locais do território, finalidade do serviço e recursos<sup>10</sup>. São profissionais essenciais para a condução de problemas de saúde individuais ou coletivos, sanitários ou de gestão<sup>11</sup>. AM e ER são dispositivos propostos por Campos desde os anos de 1989 dentro de um contexto de reforma e reorganização do trabalho em saúde. O AM tem por objetivo principal, então, assegurar a retaguarda especializada às ER, focadas em ações de apoio técnico e pedagógico, por meio de relações horizontais e dialógicas de trocas de experiências para a resolução de problemas de saúde<sup>10-12</sup>.

Contudo, alguns estudos apontam que estamos em um momento de redefinição do papel dos CEREST devido, principalmente, a frágil articulação dos mesmos com a RAS do SUS<sup>13</sup>. Nesse sentido, a estratégia do AM pode ser um

desafio e oportunidade para a redefinição do seu papel<sup>14</sup>.

Assim, com base no que foi exposto, e partindo do pressuposto que os CEREST no Brasil estão desenvolvendo o AM, surge o seguinte questionamento que norteia este artigo: Como se apresenta a produção científica nacional sobre o AM no âmbito da ST no SUS? Com isso, objetiva-se compor uma RI sobre o AM na ST, pois a temática está em consonância com os pressupostos teóricos do campo da ST e diretrizes nacionais do MS sobre a disseminação da centralidade do trabalho no processo saúde-doença, a fim de fortalecer as ações de ST na RAS do SUS, por meio do papel do CEREST de AM.

## METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, pois ela pode ser considerada, dentro das revisões, a abordagem mais ampla, permitindo a utilização de diversos tipos de estudo e proporcionar "a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática" (p.102)<sup>17</sup>. Seguiu-se os seguintes passos para esta RI<sup>17</sup>: 1) Elaboração da pergunta norteadora; 2) Busca ou amostragem da literatura; 3) Coleta de Dados; 4) Análise Crítica dos estudos incluídos; 5) Discussão dos Resultados; 6) Sistematização e apresentação da RI. Para auxiliar na coleta e análise dos dados, utilizou-se um instrumento adaptado a partir de um estudo<sup>17</sup>, em que se analisou a procedência, títulos, autores e principais considerações sobre a temática a partir das variáveis: referencial teórico do AM utilizado pelos autores dos textos; exemplos sobre o tema; potencialidades e dificuldades do AM na ST.

A pesquisa foi feita nas bases de dados do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do MS e no site oficial da RENAST online. Além destas bases de dados, foram consultadas outras fontes, tais como a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP), o Repositório Institucional da FIOCRUZ intitulado de ARCA, o Sistema de Bibliotecas (SBU) da Universidade de Campinas (UNICAMP) e a publicação científica da

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) chamada de Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO).

A busca nas bases de dados foi realizada entre Fevereiro a Agosto de 2016, buscando-se artigos completos, anais publicados em eventos científicos e anais de eventos científicos, dissertações, monografias, teses e protocolos do MS disponíveis na internet, sem delimitação temporal. A identificação dos trabalhos foi complementada pela busca manual de referências citadas nos trabalhos recuperados na busca inicial. Foram utilizadas para busca destes materiais as seguintes palavras-chaves combinadas ou separadas: "Saúde do Trabalhador", "Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)", "Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST)", "Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)", "Apoio Matricial" ou "Matriciamento" (sinônimos).

Os materiais foram selecionados após a leitura dos resumos dos artigos e dos trabalhos científicos e da leitura integral dos textos que não versavam especificamente sobre o AM na ST e dos documentos técnicos do MS. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos teóricos ou empíricos produzidos no âmbito do SUS em que o AM fosse aplicado na área da ST; materiais disponíveis na íntegra na internet nas bases de dados pesquisadas; trabalhos em língua portuguesa. Critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem conceitos e experiências de AM na ST.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra final da RI foi constituída por 28 materiais. Observa-se que a maioria deles (36%) foram artigos científicos, seguidos de trabalhos acadêmicos, tais como teses e dissertações (25%) e pelos documentos técnicos editorados pelo Ministério da Saúde (21%). Esta análise pode ser observada na Tabela 1.

TABELA 1 – CATEGORIZAÇÃO DOS TEXTOS POR TIPO DE PUBLICAÇÃO

<b>Tipo de Publicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Documentos/Protocolos/Leis/Portarias editorados pelo MS	6	1
Artigos Científicos	10	
Trabalhos Acadêmicos:	7	25
- Teses:	2	
- Dissertações:	4	
- Monografias	1	
Eventos Científicos (Anais e Relatórios Finais):	3	11
Outros:	2	7
- Relatório Técnico Científico da UFMG:	1	
- Protocolo da Secretaria Estadual de Saúde de MG:	1	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

FONTE: Os autores (2017)

Constatou-se a ainda incipiente produção acadêmica sobre AM na ST dada a novidade da temática. Uma RI<sup>18</sup> encontrou 62 textos sobre AM sendo que 31 versavam sobre Saúde Mental e 31 não relacionados a Saúde Mental, com ênfase nos trabalhos desenvolvidos no âmbito dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Também, constatou-se a publicação de materiais a partir do ano de 2010 e um progressivo aumento das publicações até o ano de 2015. Os marcos regulatórios do SUS em que o AM aparece na ST datam a partir de 2009 e incluem: 1) a Portaria 3252/2009 que versava sobre a vigilância em saúde, tendo sido revogada pela Portaria 1378/2013; 2) Portaria 4279/2010, da RAS; 3) Portaria 2488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica; e 4) mais recentemente, a Portaria 1823/2012, que aprova a PNSTT, explicando assim a escassa produção devido a novidade da temática<sup>13</sup>.

Com exceção da PNSTT, esses outros documentos citados não entraram na análise desta RI por não terem sido encontrados nas bases de dados a partir do cruzamento dos descritores da ST e AM, porém, são importantes marcos legais que influenciam a organização da RENAST no Brasil e que ajudam na compreensão da inserção do AM na ST. Foram excluídos da análise apenas dois materiais por não atenderem aos critérios de inclusão. Na Tabela 2 apresenta-se a categorização dos textos analisados por ano de publicação, tipo de estudo, objetivo principal, principais achados e conclusões e autoria.

TABELA 2 – CATEGORIZAÇÃO DOS MATERIAIS ENCONTRADOS

Ano	Tipo	Objetivo/ Finalidade	Principais achados/Conclusões	Autores
2010	A	Conhecer a situação de organização e funcionamento dos CEREST Regionais, na perspectiva de organização da RENAST no estado de MG.	Existência de vários modelos de atuação de CEREST, sendo o modelo mais recente e mais afinado com a proposta da última portaria da RENAST, o de polo de articulação intra e intersetorial das ações de ST na rede SUS, na perspectiva do matriciamento. Necessidade de revisão do modelo da RENAST, a partir do Pacto pela Saúde e transferência da ST para a Vigilância em Saúde no MS, com a inclusão de ações de ST na APS e na rede do SUS.	Dias EC et. al. <sup>1</sup>
2010	T	Analisar o processo de trabalho nas ações consideradas exitosas desenvolvidas nos CEREST de Amparo, Campinas e Santo Amaro.	AM na ST proporcionou, no cenário do estudo (CEREST Regional de Amparo/SP), uma troca de conhecimentos e experiências entre as várias especialidades e profissões, introduzindo a questão do trabalho na assistência à saúde, representando uma possibilidade concreta de se avançar na incorporação da ST na APS do SUS. Ressaltar a importância do uso de referenciais do campo da ST para potencializar as ações na área e buscar superar os desafios que atravessam cotidianamente as práticas dos CEREST.	Santos APL <sup>20</sup>
2010	RT	Contribuir para o desenvolvimento de ações de ST na APS, considerando a estratégia da RENAST.	Estudo encomendado em 2008 pela área técnica da ST do MS. Levantamento com os coordenadores dos CEREST Regionais entre os anos de 2009 e 2010 revelou ações de AM para a APS sobre as doenças relacionadas ao trabalho. Propõe diretrizes para uma agenda de trabalho, redefinindo o papel dos CEREST como apoiador matricial das ações de ST para a rede do SUS.	UFMG <sup>21</sup>
2011	RT	1º Inventário de ST, 2009: Avaliação da RENAST, 2008-2009.	Sobre o AM, identificou-se apenas a recomendação de avaliar a inserção institucional dos CEREST diante da possibilidade de fortalecimento das ações de AM para a construção da atenção integral à ST.	MS <sup>22</sup>
2011	P	Subsidiar as referências técnicas em ST [...] na implementação da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS em MG.	Coloca como principal papel dos CEREST dentro da RAS o matriciamento das ações de ST. Trás exemplos práticos de ações de AM entre os CEREST: discussão de casos suspeitos de agravos relacionados ao trabalho para a confirmação do diagnóstico e desenvolvimento do plano terapêutico adequado; auxílio na sistematização e análise do mapeamento das atividades produtivas e eleição de prioridades para	SESA de MG <sup>23</sup>

---

			o cuidado à ST; suporte técnico: nas investigações dos agravos de notificação compulsória; para desenvolvimento de ações de gerenciamento de risco das atividades desenvolvidas em domicílio; apoio à qualificação dos profissionais e técnicos sobre as questões de ST.	
2011	An	Disseminar e incorporar ações de ST de forma horizontalizada por meio do AM na APS no município de Diadema.	Trabalho de Comunicação Oral em evento científico. Experiência prática de aplicação do AM para 5 unidades de saúde. Houve troca de informações e atendimento efetivo, eficaz e integral. Concluiu que alguns problemas identificados resultaram na busca de parcerias envolvendo os diversos atores sociais e instituições com interface com a ST.	Kanasawa KC, Monteiro CL, Pintor EA <sup>24</sup>
2011	A	Relatar e analisar a implantação das ações de ST na APS de Amparo/SP entre 2003 a 2008.	Trata-se de um relato de experiência. O AM foi utilizado com a APS como modelo de ação pedagógica contínua. Destaca-se os Colegiados de Gestão e o protagonismo dos profissionais de saúde envolvidos para a discussão das melhores estratégias de implantação/implementação das ações de ST na APS. Referem também que a APS e os CEREST sozinhos não garantem a integralidade da atenção a ST.	Dias MDA, Bertolini GCS, Pimenta AL <sup>25</sup>
2012	Pr	Descreve PNSTT.	A PNSTT apresenta o AM e o Apoio Institucional como atribuição dos CEREST, sem maiores subsídios teóricos para esta função e sem distinção das duas formas de apoio. Matriciamento é uma forma de inserção das ações de ST na RAS do SUS.	MS <sup>5</sup>
2012	A	Apresentar aspectos conceituais e político institucionais que aproximam os campos da ST e da Saúde Ambiental.	Coloca o AM como estratégia e metodologia para o desenvolvimento de ações de VISAT e Vigilância em Saúde Ambiental na APS. Citam a já revogada Portaria 3.252/2009 que fala do AM na Vigilância em Saúde. Referem no estudo a importância da utilização de bibliografia informal devido aos poucos estudos sobre a temática.	Dias EC, Silva TL, Almeida MHC <sup>26</sup>
2012	A	Compreender o processo de trabalho entre o CEREST e a APS por meio do AM, sua trajetória, dificuldades e potencialidades.	Concluíram que o AM é estratégico para a inserção das ações de ST na APS, com a introdução da relação trabalho-saúde na saúde da família. A experiência de Amparo é diferente do modelo proposto por Campos (1999), apesar de tê-lo como referencial norteador, pois no município estudado as equipes de referência são as equipes de saúde da família, e os apoiadores matriciais são as duplas de	Santos APL, Lacaz FAC <sup>27</sup>

---



2012	E	Discutir a ST no VI Encontro Nacional da RENAST: Apresentação de trabalhos desenvolvidos no âmbito da RENAST.	profissionais do CEREST. No evento foram apresentados 4 trabalhos sobre o AM no contexto da APS: A notificação como estratégia de matriciamento em ST (CEREST São Bernardo do Campo); Ações em ST e Ambiental: AM, retaguarda assistencial, suporte técnico integrando a rede de atenção (CEREST São Bernardo do Campo); AM em ST na Atenção Básica: Relato de experiência do município de Diadema; Matriciamento em ST: ampliando o olhar da APS para a integralidade do cuidado (CEREST SOBRAL).	MS <sup>28</sup>
2012	M	Realizar revisão bibliográfica integrativa sobre o tema ST na APS.	O AM aparece apenas em um plano de ação em sugestão às situações problemas levantadas no diagnóstico situacional local de uma unidade de saúde: "Oferecer cursos de atualização coerentes com a situação de saúde local contando com o AM, por exemplo, do CEREST, NASF e CAPS para essa ação."	CAMPOS MS <sup>29</sup>
2013	T	2º Inventário de ST: Acompanhamento da RENAST, 2010-2011.	Identificou-se que as ações de AM representaram apenas 11,7% das ações desenvolvidas pelos CEREST, reforçando a necessidade de sistematizar tais ações. Aponta também a necessidade de vinculação dos CEREST nas Secretarias de Saúde de forma que se favoreça as ações de vigilância em saúde e matriciamento com a APS.	MS <sup>30</sup>
2013	E	Seminário da RENAST sobre experiências desenvolvidas no âmbito da APS para a atenção Integral a ST.	Apresenta-se 11 relatos de experiências sobre o AM no SUS realizados pelos CEREST de várias localidades do Brasil: AM em ST para as equipes da APS pelo CEREST; Ação Intra-setorial em ST - Perda Auditiva Induzida pelo Ruído na rede de serviço SUS entre o CEREST de Presidente Prudente-SP e a APS em Municípios do Departamento Regional de Saúde XI da SES/SP; Proposta de um modelo de ferramenta para auxiliar no mapeamento do perfil produtivo ocupacional: Experiência do CEREST de Ubá; Notificação de acidentes de trabalho na rede de saúde municipal de São Bernardo do Campo como estratégia de AM; Desenvolvimento de ações de ST na APS com enfoque na abordagem dos Agentes Comunitários de Saúde; Relato de experiência em assédio moral do CEREST de Santo Amparo-SP; AM como ferramenta para inserção da ST na APS no município de Betim; Implantação do Matriciamento em ST no Cabo de Santo	MS <sup>31</sup>

			Agostinho; Integrando a ST na APS em saúde na área de abrangência do CEREST Baixo Amazonas; Matriciamento em ST na APS em município de Botucatu-SP;	
2013	A	Discutir a contribuição do SUS para a estruturação da atenção integral à ST [...].	As autoras referem que no novo modelo da RENAST os CEREST são apoiadores matriciais. Destaque para a conclusão das autoras de que, além dos CEREST, as Referências Técnicas estaduais e municipais em ST e profissionais de VISAT são potenciais matriciadores. Referem também que o AM às equipes da APS no desenvolvimento de ações de ST, pode ser visto, atualmente, como desafio e oportunidade para a redefinição do papel dos CEREST.	Dias EC Silva TL <sup>14</sup>
2013	A	Artigo de Debate do Dossiê Temático Atenção Integral em ST: desafios e perspectivas para uma política pública.	Referem que os CEREST e os NASF são instâncias técnicas de gestão e referências técnicas de ST para a APS, exercidas por meio do AM. Referem que um problema atual da ST é judicialização das questões de saúde e trabalho, que custa mais do que as ações do SUS.	Chiavegatt o CV Algranti E <sup>32</sup>
2013	A	Descrição analítica da experiência do Serviço de ST da UFMG, 1983-2012.	Serviço do Hospital de Clínicas da UFMG. Referem que o serviço em estudo pode desempenhar o papel de AM para todos os pontos da RAS do SUS, com ênfase nos CEREST e nas unidades sentinelas, porém, exige-se a elaboração de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes, a adoção de tecnologias de ensino à distância, como o Telessaúde.	Silveira AM et. al. <sup>33</sup>
2013	A	Apresentar a percepção dos trabalhadores da APS [...] quanto ao desenvolvimento de ações de ST em unidades de saúde/SP.	O AM aparece apenas nas considerações finais como sugestão para uma gestão democrática e participativa no SUS. Referem também que a inclusão das ações de ST na APS dependem das condições de trabalho das equipes.	Dias MDA <sup>34</sup>
2013	A	Refletir sobre a omissão, no âmbito de atuação da Estratégia Saúde da Família, de práticas voltadas para a ST [...] e propor	Apontam o AM como uma ferramenta para superar o impasse da atuação da Estratégia Saúde da Família em ST. Utilizam o trabalho de Santos (2010) e Santos e Lacaz (2012) do AM em Amparo como modelo de atuação para outros municípios. Referem que a despeito das tentativas do MS em adentrar a ST na APS, institucionalmente isso não vem ocorrendo devido a	Lacaz FAC et. al. <sup>35</sup>

		formas de inclusão dessas práticas.	ausência de uma formulação teórico-metodológica mais clara.	
2013	T	Analisar o processo de implantação da política de ST na microrregião de Corumbá, onde o CEREST é a sua principal estratégia.	Reflete-se que as atribuições dos CEREST no Brasil estão cada vez mais complexas, em detrimento da capacidade instalada dos mesmos, e que, a partir do AM, exigiu-se destes equipamentos um alto grau de desenvolvimento e integração com a RAS do SUS nunca exigido antes na ST. Faz uma reflexão dos principais instrumentos normativos da ST do MS e refere que o AM é um importante incremento teórico e prático absorvido pela ST na PNSTT.	Neves IR <sup>7</sup>
2013	D	Analisar a utilização do AM para integração da vigilância em saúde e atenção básica no âmbito municipal.	Refere que o que deve determinar o modelo de AM é o território do município, em decorrência das suas dimensões sanitárias e políticas. Apresenta os desafios e potencialidades do uso da ferramenta no contexto estudado. Cita a Portaria 3.252/09 que regulava a vigilância em saúde, em que o AM é reconhecido como importante tecnologia de integração dos serviços e integralidade das ações.	Franco MS <sup>36</sup>
2014	A	Conhecer a percepção de equipes de Saúde da Família sobre as relações trabalho-saúde-doença e identificar estratégias, facilidades e dificuldades para promover o cuidado aos trabalhadores.	O AM desenvolvido pelos CEREST é apontado como facilitador das ações de ST na APS. Destaca-se que os autores apontam para a necessidade de adscrição da clientela nas unidades de saúde pelo critério de trabalho nos seus territórios. Os autores apontam que a fragmentação das ações da APS revelam a própria fragmentação da política de saúde.	Silva T L et. al. <sup>37</sup>
2014	P	Protocolo do MS que apresenta as Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.	O AM aparece apenas dentro do princípio da VISAT de Integração Intrainstitucional, bem como atribuição da VISAT, juntamente com o Apoio Institucional, sem maiores subsídios.	MS <sup>38</sup>
2014		Demonstrar o entendimento que profissionais e gestores dos	Encontrou-se potencialidades e dificuldades na realidade do estudo. Revelou-se por meio do estudo práticas distanciadas das equipes de NASF das normativas do MS para a ST na APS	Magalhães C CB <sup>39</sup>

		NASF do Distrito Federal têm sobre o AM para o desenvolvimento de ações [...] de ST.	(PNAB, PNSTT, VISAT). Possibilidade de adscrição da clientela atendida pela APS não só pelo critério de moradia, mas de trabalho também.	
2015	P	Protocolo de Gestão da RENAST.	Utiliza os conceitos de AM propostos por Campos e Domitti (2007) e define o AM como atribuição dos CEREST, conforme versa a PNSTT, sem aprofundar o conceito de AM na ST (o qual aparece na dimensão da gestão e organização do serviço).	MS <sup>2</sup>
2015	D	Analisa a incorporação de ações de ST na APS [...] em um município [...] de SP.	A autora apenas sugere a utilização do AM para as ações de ST na APS. Refere também que os gestores devem garantir contratos para legitimar as práticas de AM.	VELLO LS <sup>40</sup>
2015	T	Relatório final da 4ª Conferência Nacional de ST.	Moção de Apoio de Pernambuco sobre a necessidade de definição das atribuições dos CEREST de matriciamento ou assistencial.	MS <sup>41</sup>
2016	T	3º Inventário da RENAST, 2015-2016.	O MS identificou ações de AM dentro do eixo de VISAT: Em 2014 ocorriam em 62.2% dos CEREST, e em 2015 passaram para 100% dos mesmos. Identificou também ações de AM para a saúde do trabalhador rural no sentido de capacitação sobre os agravos da ST e acolhimento dos trabalhadores, conforme a PNSTT.	MS <sup>42</sup>

LEGENDA: A- Artigo; T - Tese; RT - Relatório Técnico; P - Protocolo; An - Anais de Evento Científico; Pr - Portaria; M - Monografia; E - Evento Científico; D - Dissertação; DT - Documento Técnico.

FONTE: Os autores (2017).

Observa-se na Tabela 2 que cinco trabalhos (18%) versavam especificamente sobre o processo de trabalho do AM<sup>21,24,25,27,39</sup> sendo que a maioria dos textos encontrados versavam sobre um contexto mais geral da ST em que o AM estava inserido. Também, 14 trabalhos (50%) foram desenvolvidos no âmbito da APS, refletindo sobre a inserção e fortalecimento das ações de ST pelas suas equipes. Apenas um trabalho foi desenvolvido no âmbito das ações dos NASF como instâncias matriciadoras da ST<sup>39</sup>. Os relatórios finais dos eventos científicos<sup>1,2</sup> revelaram 16 experiências desenvolvidas pelos diversos CEREST do Brasil por meio

do AM para as equipes da APS, com ênfase em discussões das doenças relacionadas ao trabalho e notificações dos agravos da ST.

É importante destacar que a análise de materiais considerados de “menor valor bibliográfico”, tais como anais de eventos e publicações de reuniões técnicas e científicas, fez-se importante para esta pesquisa, pois eles se configuram em “*lócus* privilegiado para a apresentação de experiências locais consideradas bem-sucedidas”, possibilitando o seu intercâmbio, haja visto que pesquisas sobre o tema são escassas<sup>26</sup>.

Outra variável de interesse dos autores nesta RI era com relação ao referencial teórico utilizado pelo MS e pesquisadores da área da ST sobre o AM. Assim, o estudo de Campos e Domitti<sup>11</sup> foi o mais citado nos textos analisados (36%), e pelo menos uma das obras de Gastão Wagner de Sousa Campos (artigos e livros) apareceu em 14 textos analisados (48%).

A fim de descrever o estado da arte do AM na ST a partir da leitura dos materiais encontrados, surgiram as seguintes categorias de análise: Definindo o AM; Normativas e Diretrizes do MS sobre o AM na ST; Relatos de Experiências: desvendando as potencialidades e dificuldades do AM na ST. Tais categorias serão discutidas a seguir.

### **Definindo o AM**

A principal característica do AM em evidência nos trabalhos analisados é o seu caráter de apoio técnico e pedagógico. Antes de explorar estes conceitos, faz-se importante uma breve contextualização sobre as circunstâncias em que o autor formulou seus postulados. Campos (p. 864)<sup>12</sup> afirma que tomou como desafio pessoal “construir uma alternativa operacional ao método taylorista de gestão”, em um contexto brasileiro de grandes esforços dentro do SUS de uma utópica democracia de participação dos usuários e profissionais para desburocratizar o Estado, por meio, principalmente, da municipalização da saúde e legitimação dos Conselhos e Conferências de Saúde. O modelo taylorista ao qual o autor se refere diz respeito a Teoria Geral de Administração, que prega o gerenciamento de pessoas como se elas fossem coisas “destituídas de vontade ou de projeto próprio”(CAMPOS p. 865)<sup>12</sup>.

Tais medidas supracitadas, utilizadas no SUS, não foram suficientes para

garantir, de fato, modificações internas nos sistemas de gestão dos serviços de saúde, resumindo-se apenas em reuniões de equipe, capacitações (em que os profissionais saem renovados, porém, se deparam com os mesmos problemas nos seus processos de trabalho), oficinas de planejamento e territorialização <sup>11,12</sup>.

E quais são as consequências dessas medidas e da influência do Taylorismo nos serviços de saúde? Campos responde a essa pergunta em alguns dos seus artigos ao afirmar que profissionais de saúde se responsabilizam apenas pelo cuidado legitimado pela sua formação. Ninguém se responsabiliza pelo paciente por completo, chefias que se preocupam apenas com a sua categoria profissional, organogramas sedimentados, processos de trabalho fragmentados, hegemonia do poder médico, falta de estímulo e de espaços protegidos para a discussão e trocas de ideias, espaços físicos construídos de forma a compartimentalizar o cuidado, criação de departamentos, divisões e seções organizados por categoria profissional, gastos de recursos públicos financeiros à medida que se necessita cada vez mais de profissionais altamente especializados, entre outros <sup>11, 12, 16</sup>.

Assim, com base nesta breve explicação da conjuntura que permeia as práticas profissionais em saúde, Campos (1998) <sup>12</sup> propõe em seus estudos um novo funcionamento para as organizações de saúde (anti-taylorismo), inicialmente mudando os organogramas das instituições por meio dos conceitos de cogestão e gestão colegiada, em detrimento dos tradicionais departamentos de categorias profissionais e direção geral. Cogestão ou cogoverno significam de forma simplificada todos decidindo em prol de um bem comum, e colegiado parte da premissa que a equipe multiprofissional deve compor um grupo de cogestão.

Propõe também um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde: ER e Organização Matricial do Trabalho ou Apoio Matricial (AM). Tais conceitos são fundamentais para se pensar tanto na melhoria da assistência, como na gestão democrática em saúde, "criando-se novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador" (pág.395) <sup>10</sup>.

A grande diferença destas equipes (AM e ER) para as formas tradicionais de trabalho é que elas devem se responsabilizar pelas pessoas, ou pelos seus usuários, em detrimento de procedimentos (médicos ou de enfermagem, por exemplo), favorecendo o vínculo entre o profissional e o paciente, as quais se gerenciam entre si, por meio de uma coordenação interdisciplinar <sup>16</sup>.

O termo AM é composto por duas palavras, à palavra Matricial remete a uma forma de se gerenciar os serviços de forma horizontal (em processos dialógicos), e não vertical (forma autoritária e hierarquizada, tradicional dos serviços de saúde, em que há uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso de um paciente e quem o recebe, ou em níveis de encaminhamento, do primário para o secundário, por exemplo)<sup>11</sup>. Apoio sugere que as relações entre especialistas e referências aconteça em formas de linhas transversais, não mais pautadas na autoridade, mas sim em processos dialógicos<sup>11</sup>.

Assim, o AM possui duas dimensões, a de suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico, implicando que apoiadores terão que trabalhar com profissionais de saúde das ER (coordenadoras do cuidado direto da clientela adscrita) e com os usuários das equipes de referência. E, por consequência dessa nova forma de trabalho, há alteração da lógica de referência e contrarreferência, ou seja, não há mais encaminhamentos, mas sim projetos terapêuticos singulares construídos em conjunto entre ER e AM<sup>10</sup>.

Em termos mais práticos, a articulação entre ER e AM pode acontecer por meio de atendimentos e intervenções conjuntas entre especialista matricial e profissionais das ER em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, tanto para usuários, família ou comunidade. Ou é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador. Recomenda-se encontros periódicos entre AM e ER, visando discutir situações problemas e linhas de intervenção, e que em situações de urgência possam ser adotadas estratégias de comunicação direta, como por telefone ou e-mail<sup>11</sup>.

### **Normativas e Diretrizes apontadas pelos documentos do MS sobre o AM na ST**

A característica principal do AM (suporte assistencial e pedagógico) se insere na ST pelo fato de que compete aos CEREST este papel para toda a RAS do SUS, o qual deve atuar disseminando a centralidade do trabalho como determinante do processo saúde-doença, visando garantir a integralidade da atenção a ST no SUS. Esse AM inclui ações de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores,

articulando ações intra e intersetoriais, bem como assumindo um papel de retaguarda técnica especializada para a RAS do SUS e polo irradiador de experiências de VISAT <sup>2,5</sup>.

Para o desenvolvimento do AM, não só pelos CEREST, mas também pelas equipes de referências técnicas da ST nas três esferas de gestão, com o apoio dos gestores e por meio da pactuação das ações, faz-se necessário a constituição de equipes multiprofissionais e de práticas interdisciplinares, fortalecendo as relações entre as equipes de AM e ER, na perspectiva da clínica ampliada (relação de troca de saberes e responsabilidades entre o paciente e o profissional de saúde), da promoção da saúde e da VISAT. Para que isso ocorra, é preciso fomentar a articulação e construção conjunta de protocolos e linhas de cuidado e da organização dos fluxos de referência e contrarreferência da RAS, incluindo, principalmente, a APS, a atenção especializada; atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência e hospitalar; sistemas de regulação de acesso; sistemas de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; sistemas de auditoria e promoção da VISAT<sup>5</sup>.

Preconiza-se ênfase nas ações de AM para a APS, devido ao seu caráter de ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Ela tem um papel crucial no desenvolvimento das ações de ST, que perpassa desde a identificação dos usuários trabalhadores e do diagnóstico local dos principais ramos produtivos inseridos no território, como assistência aos trabalhadores vítimas de doenças e agravos relacionados ao trabalho e notificação destes agravos <sup>2,5</sup>. Também, as ações de VISAT devem ser disseminadas a toda RAS, por meio do AM, estratégia que favorece a integração intra-institucional dentro das instâncias do SUS e a propagação da responsabilidade sanitária de que todos têm o dever de identificar ambientes e processos de trabalho que gerem risco a saúde, para que as equipes de VISAT possam intervir nestes ambientes, a fim de eliminar os riscos, ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los<sup>38</sup>.

Contudo, conforme apontam estudos, as tentativas do MS em adentrar a ST na APS encontram dificuldades de serem desenvolvidas institucionalmente devido a ausência de uma formulação teórico-metodológica mais clara<sup>35</sup>, devido à fragmentação das ações da APS, que revelam a própria fragmentação da política de saúde<sup>37</sup> e exigência de formas de integração entre CEREST e a RAS do SUS nunca vistas antes<sup>7</sup>.



O próprio MS em levantamos sobre a RENAST constatou o pouco desenvolvimento de ações de AM: a fim de mapear a implementação da RENAST, o MS realizou três inventários publicados nos anos de 2010, 2013 e 2016. No primeiro deles, apenas apontou a necessidade de se avaliar a inserção institucional dos CEREST, diante da possibilidade de fortalecimento das ações de AM para a construção da atenção integral da ST. Em 2013, constatou que as ações de matriciamento representavam apenas 11,7% das ações dos CEREST, sendo as principais de capacitação (35,5%), VISAT (28%) e assistência (18,6%), evidenciando a necessidade de reforçar ações sistemáticas de matriciamento regional das ações de ST. Na publicação do ano de 2016, o MS incluiu as ações de AM no âmbito das ações de VISAT e encontrou que 184 CEREST dos 194 que responderam a questão (havia 208 CEREST habilitados em 2015) que perguntavam das ações de VISAT responderam que as desenvolvem (representando então 94% deles)<sup>22, 30,42</sup>.

Neste sentido, ainda sobre a implementação da RENAST, é importante explicar que no Brasil há três modalidades de CEREST possíveis: estaduais, regionais e municipais, conforme prescrito na Portaria MS/GM Nº 2728/2009. Caberia, aos dois primeiros, atribuições de caráter de gestão das ações de ST nos territórios, e aos municipais de supervisão e capacitação da rede de serviços dos SUS, resumidamente. Todos devem utilizar da metodologia do AM para o desenvolvimento das suas ações<sup>2</sup>.

Por meio do inventário da RENAST foram identificadas também ações de AM com foco na APS, principalmente sobre os protocolos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e acolhimento dos trabalhadores<sup>42</sup>. Neste sentido, um documento técnico elaborado pela UFMG a pedido do MS sobre as ações de ST na APS revelou que há tentativas de aproximação intra-setorial entre a ST e APS desde 1998, as quais foram frutíferas muito em decorrência de relações interpessoais do que posturas institucionais, e entre alguns avanços encontrados por meio do mapeamento das ações dos CEREST entre o final de 2009 e início de 2010, foram encontrados trabalhos de matriciamento<sup>21</sup>.

Este documento apontou também que com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, reforçou-se o papel da APS como coordenadora do cuidado (inclusive do cuidado aos trabalhadores), influenciando toda configuração da ST no SUS, pois antes os CEREST tinham um cunho clínico-assistencialista<sup>21</sup>. Visando readequar a RENAST, o MS publicou a Portaria nº 2728 de 2009, que gerou dúvidas com relação

ao papel dos CEREST nesta nova configuração das RAS, pois versa em seu Art. 7º que o “CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais”<sup>43</sup>.

Ou seja, questiona-se qual é o seu papel, de centro de especialidades ou de realização de ações sistemáticas de VISAT? <sup>21</sup>. Esta indefinição do papel dos CEREST gera um “gueto” da ST devido a um paralelismo das ações de ST desenvolvidas pela RAS e pelos CEREST. Questionam-se as dificuldades de consolidação da RENAST em detrimento dos CEREST, os quais não conseguem se integrar nos territórios de saúde devido à vinculação institucional dos mesmos dentro da gestão municipal ou estadual do SUS e também por apresentarem entraves na pactuação das ações nos planos de saúde municipais. Não obstante, o documento aponta, como uma diretriz de trabalho, a necessidade de definição do papel dos CEREST de fato como AM das ações de ST no SUS <sup>21</sup>.

A falta de uma definição mais clara sobre o real papel dos CEREST também é percebida pelos usuários. Conforme apontado no documento da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de 2015<sup>41</sup>, alguns delegados afirmaram haver incongruências entre as portarias da RENAST e da PNSTT com outras legislações da área. Estas portarias reforçam o papel de AM dos CEREST contrariando a Portaria nº 1206 de 2013, a qual altera o cadastramento dos CEREST no Sistema de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde e define os CEREST também como prestadores de serviços clínicos assistenciais à saúde dos trabalhadores no SUS<sup>43</sup>. Tais dificuldades de entendimento das atribuições dos CEREST são apontadas por alguns estudos até hoje <sup>7,19</sup>, conforme será abordado na próxima categoria de análise que emergiu dos textos encontrados.

### **Experiências de utilização do AM na ST: Desvendando as potencialidades e dificuldades do AM na ST**

A mudança de papel dos CEREST com o advento da RENAST tornou mais complexo o seu processo de trabalho, passando de um cunho assistencial (sem a devida articulação com os demais equipamentos do SUS) para de referência técnica das ações de ST para a RAS <sup>7,14</sup>. Por esse ângulo, a estratégia do AM pode ser um desafio e oportunidade para a redefinição do seu papel <sup>33</sup>. Contudo, sem a devida

ampliação e qualificação das equipes que os compõem há grandes entraves para a efetivação dessa metodologia de trabalho. Para se ter uma ideia, em 2015 apenas 43% dos CEREST estaduais e regionais apresentavam as equipes mínimas completas conforme preconizado (seis profissionais de nível superior e quatro de nível médio)<sup>42</sup>. Ademais:

Os antigos programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), anteriores à criação da RENAST e do próprio SUS, já assumiam função de suporte técnico-científico para as ações de ST no SUS e na APS, ainda que pontuais, e sem atender a um dos requisitos básicos da proposta do AM: a relação biunívoca de troca de saberes (p. 112)<sup>13</sup>.

Além disso, o AM como atribuição do CEREST exige um grau de envolvimento e integração com a RAS nunca apontado nos documentos norteadores da ST<sup>7</sup>. Além do que, há vários perfis de CEREST<sup>19</sup>, a saber: centro de especialidades, casa do trabalhador e polo de articulação das ações de ST na rede do SUS, na perspectiva do matriciamento. Um protocolo de Minas Gerais afirma que algumas atribuições dos CEREST regionais superpõem àquelas instâncias regionais (estaduais do SUS), e que a Diretoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde vem buscando definir tais atribuições, na perspectiva da complementariedade e cooperação, já que uma das dificuldades encontradas é o fato de que a distribuição dos seus CEREST não coincide com as macro e microrregiões de saúde do Estado<sup>23</sup>.

Contudo, foi possível identificar experiências exitosas envolvendo os CEREST e outras instâncias matriciadoras. O caso mais referenciado na literatura consultada é do Município de Amparo (SP), onde por meio do AM exercido pelo CEREST Municipal às equipes da APS efetivou-se uma prática concreta de avanço na incorporação da ST na rede do SUS, por meio do intercâmbio sistematizado de conhecimentos e experiências entre as várias especialidades e profissões. Como facilitadores desse processo destaca-se o matriciamento como modelo de ação pedagógica contínua e de educação permanente assumido pela equipe do CEREST, além da participação nos colegiados de gestão (pois na medida em que as ações são pactuadas em conjunto produzem mudanças duradouras nos processos de trabalho) e o protagonismo dos trabalhadores. Tais elementos foram decisivos para o compartilhamento de responsabilidades para o atendimento dos trabalhadores

As principais dificuldades dessa experiência foram à rotatividade das equipes com vínculos celetistas, principalmente com os médicos e psicólogos; frágil relação com o movimento sindical; sobrecarga de trabalho, tanto dos CEREST como das equipes de APS; ausência de formação dos profissionais de saúde para as questões da ST; construção das ações dentro da RAS cunhadas, em grande parte, pelo envolvimento pessoal dos profissionais do que por apoio das instituições e a luta entre capital e trabalho, marcada por relações de poder e conflitos, que dificultam as ações de intervenção nos processos de trabalho geradores de adoecimento <sup>20,25, 27,35</sup>.

Por conseguinte, para a efetivação das ações de AM em ST na APS, aponta-se a necessidade de adscrição da clientela atendida pelas equipes de saúde da família não só por critérios de moradia, mas também de trabalho <sup>37,39</sup>. Além disso, para a inclusão das ações de ST na APS é preciso considerar as condições precárias de trabalho das equipes a APS, pois os profissionais têm a percepção da importância do trabalho no processo saúde-doença dos usuários, porém, apresentam dificuldades que se relacionam a aspectos da organização e da gestão do trabalho no SUS a nível municipal<sup>34</sup>, refletindo a própria fragmentação da política de saúde no SUS<sup>37</sup>. É preciso compreender que a APS e os CEREST, sozinhos, não garantem a integralidade das ações de ST no SUS<sup>25</sup>. Estudo<sup>32</sup> aponta que falta no Brasil uma maior articulação entre o Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde e que se faz urgente a elaboração de uma política de Estado para garantia da integralidade da assistência a ST.

Identificou-se também uma experiência de AM em ST em um Serviço Especializado em ST vinculado ao Hospital de Clínicas de Minas Gerais. Este desenvolvia ações assistenciais e de promoção à saúde, entendendo seu funcionamento como unidade matriciadora para os pontos de atenção da RAS por meio de linhas de cuidado, tecnologias de ensino à distância e Telessaúde (é uma ferramenta de articulação entre a APS e a Atenção Especializada através de uma plataforma online, por meio da qual é possível ofertar teleconsultoria, segunda opinião formativa, telediagnóstico e tele-educação)<sup>44</sup>. A trajetória desse serviço foi marcada por entraves específicos de atuação de um hospital universitário no SUS, não impedindo que o serviço contribuísse com a formação de recursos humanos e produção acadêmica em sintonia com as necessidades do SUS <sup>33</sup>.

Do ponto de vista dos profissionais e gestores dos NASF do Distrito Federal,

sobre o AM para o desenvolvimento de ações de ST, foram encontradas potencialidades dentro do âmbito da assistência (ampliação do cardápio de ações especializadas), vigilância (nas questões das notificações dos agravos), educação em saúde, promoção e prevenção em ST (principalmente na sensibilização de profissionais e gestores em locais de risco mais evidentes para a ST), educação permanente (possibilidade de inserção dos temas pertinentes à ST de forma transversal nas capacitações) e na participação social. As principais dificuldades encontradas foram pouca compreensão sobre o processo de trabalho do AM; ênfase ao cumprimento de metas de produtividade em detrimento das ações de AM; falta de condições físicas, logísticas e materiais para o desenvolvimento das atividades e problemas no encaminhamento de casos para outros pontos especializados da RAS<sup>39</sup>.

Estudo de Franco<sup>36</sup> sobre o AM como tecnologia para a integração da vigilância em saúde com a APS no âmbito municipal, aponta que os apoiadores devem romper com a fragmentação das políticas impostas pelas diversas áreas programáticas do MS e que o fator determinante do modelo de AM em um município é o seu próprio território, com suas dimensões sanitárias, políticas e seus usuários com suas necessidades de saúde. Complementa que a implantação dessa tecnologia implica em enfrentar dificuldades, no sentido de que é preciso se discutir os processos de trabalho e para além dos profissionais, é preciso inserir o AM em um contexto maior dentro dos serviços de saúde dos municípios. Seria preciso ampliar as estratégias atuais de AM, como por exemplo, rediscutindo as atribuições das equipes de NASF nos territórios.

Apesar do foco do AM estar nas ações assistenciais de ST na APS, alguns autores se referem ao AM na ST como estratégia e dispositivo de qualificação das práticas de saúde no âmbito da gestão <sup>14,32,36</sup> que pode ser desenvolvido pelos CEREST, pelas referências técnicas estaduais e municipais em ST, profissionais de VISAT, pelos NASF e pelos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Para a efetivação dessa estratégia de trabalho, aponta-se a necessidade de oferecer cursos de capacitação e atualização coerentes com a situação de saúde local<sup>29</sup> e que os gestores garantam contratos e espaços protegidos para legitimar as práticas de AM entre as instâncias matriciadoras e as ER<sup>40</sup>.

Nessa perspectiva, um estudo<sup>13</sup> aponta como principais atribuições dos apoiadores da ST aos gestores municipais: discutir a inclusão das ações de ST nos

planos municipais de saúde; fortalecer o controle social; discutir as informações em ST; fomentar e participar de eventos sobre a ST; discutir o processo de trabalho das equipes de saúde, em especial da APS na perspectiva da ST.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio desta RI foi possível identificar que os estudos sobre o AM na ST se iniciaram de 2010, com foco nas ações de AM desenvolvidas entre os CEREST e a APS. O MS incorporou a ferramenta do AM na ST, como fez em outras áreas (Saúde Mental e NASF principalmente), a fim de fortalecer o cuidado integral a ST na RAS do SUS, por meio, principalmente, da disseminação da compreensão da centralidade do trabalho na determinação do processo saúde-doença. Nesse sentido, esta Revisão Integrativa encontrou as potencialidades do método em experiências práticas de aplicação do AM em casos em que as equipes dos CEREST atuaram realmente em conjunto com as equipes da APS das suas áreas de abrangência, ou seja, indo até elas, participando de reuniões de equipe, capacitando os profissionais, discutindo suas dificuldades e trazendo esclarecimentos sobre os pressupostos teóricos do campo da ST.

Desta forma, houve uma ampliação do olhar, por parte da APS para as questões da ST por meio do uso do AM. Destaca-se também, que nessas experiências, as equipes dos CEREST precisaram se apropriar da forma de trabalho da APS para entender sua complexidade e entraves para o desenvolvimento de ações de ST.

No discurso oficial do MS, desde a criação da RENAST, em 2002, os CEREST tinham a atribuição de retaguarda técnica especializada do campo da ST, porém, os estudos da área apontam que este equipamento atuava de forma isolada da RAS do SUS, com experiências exitosas, porém pontuais de VISAT, e também apresentavam problemas de identidade, de vínculos precários de contratação de profissionais (que em alguns casos tinham duplo vínculo de trabalho, inclusive dentro do serviço de saúde de empresas) e de formação dos seus técnicos.

Ademais, os estudos apontam, então, que por meio da ferramenta do AM, seria possível repensar as práticas do CEREST, dentro de um contexto "micro" ou local de trabalho (visando melhorias das relações de trabalho entre profissionais dos CEREST, os quais seriam os especialistas da ST, e os profissionais da RAS do

SUS, com ênfase na APS, os quais seriam as equipes de referência do cuidado a ST). Nesse sentido acreditamos que o método do AM é potente.

Porém, há entraves históricos e metodológicos do campo da ST que vão além das relações de trabalho entre especialistas, que perpassam a luta entre o capital e o trabalho, na medida em que não interessa ao capital que o estado proporcione melhores condições de trabalho (tarefa das equipes de VISAT), apenas medicalizar o trabalhador para o retorno mais rápido ao trabalho. Assim, por meio das ações fragmentadas de atenção a ST no SUS e desconectadas dos demais ministérios, tais como do Trabalho e Previdência Social, mantêm-se o interesse do capital.

Além disso, para que a estratégia do AM dê certo, é preciso garantir espaços de cogestão dentro das instituições do SUS, os quais são escassos e dependem do esforço individual dos profissionais, por não haver estratégias institucionais para sua criação e manutenção.

A necessidade de discussão das práticas profissionais para superar a fragmentação do sistema de saúde é importante, porém, deve-se considerar que é necessário também oferecer subsídios imprescindíveis para o seu desenvolvimento, incluindo desde espaços protegidos de discussão e cogestão até recursos humanos e materiais mínimos, além da discussão dos reais entraves para a efetivação das ações de ST no SUS.

Assim, as principais lacunas encontradas na literatura consultada foram: ausência de problematização e apresentação dos entraves políticos e ideológicos do campo da ST com o referencial teórico do AM e falta de subsídios técnicos para o desenvolvimento do AM na ST, em especial para a gestão da PNSTT.

## REFERÊNCIAS

1. LACAZ FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. [Internet]. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, nº 4, p. 757-766, Abril de 2007. [acesso em 12 de Abril de 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual da Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador - RENAST. Brasília/DF: 2015. [Internet]. [acesso em 09 de set de 2015]. Disponível em: [www.saude.gov.br/consultapublica](http://www.saude.gov.br/consultapublica)
3. LEÃO LHC, CASTRO, AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva, 18(3): 769-778, 2013. [acesso em 30 de jul de 2015]. Disponível em: <http://goo.gl/9HnCVQ>
4. VASCONCELOS LCF, MINAYO-GOMEZ C, MACHADO JMH. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, nº 12, p.

- 4617-4626, 2014. [acesso em 09 de set de 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014001204617&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014001204617&script=sci_arttext&lng=pt)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 165, p. 46, 24 de agosto de 2012. [acesso em 06 set 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)
  6. LEÃO LHC, VASCONCELLOS LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. [Internet]. Epidemiol. Serv. Saúde, 20(1): 85-100, 2011. [acesso em 17 jun 2016]. Disponível em: <http://goo.gl/e2iU9z>
  7. NEVES IR. De Centro de Reabilitação a Cerest: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul. [Tese]. [Internet]. São Paulo: PUC; 2013. [acesso em 09 set 2015]. Disponível em: [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMS\\_e1ce756623ebc703295ce007ec3c886b](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFMS_e1ce756623ebc703295ce007ec3c886b). 2013
  8. COSTA D, LACAZ FAC, JACKSON FILHO JM, VILELA RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. [Internet]. Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo, nº 38, vol. 127, p.11-30. 2013. [acessado 09 set 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/11.pdf>.
  9. MINAYO-GOMEZ C, LACAZ FAC. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. [Internet]. Ciência e Saúde Coletiva, 2005, vol. 10, nº 4, p.797-807. [acessado 09 set 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002)
  10. CAMPOS GWS. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. [Internet]. Ciência e Saúde Coletiva, 4(2): 393-403, 1999. [acesso em 09 set 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>
  11. CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. [Internet]. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, nº2, p. 399-407, 2007. [acessado 2015 set 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016)
  12. CAMPOS GWS. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. [Internet]. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 14, nº 4, p. 863-870, out/dez de 1998. [acessado 2015 set 09]. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Anti-Taylor\\_Gastao.pdf](http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Anti-Taylor_Gastao.pdf)
  13. SILVA TL, DIAS EC. Desafios e possibilidades do apoio matricial às equipes de atenção primária para o desenvolvimento de ações de ST. In: SILVA TL, DIAS EC. Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. Possibilidades, desafios e perspectivas. Capítulo 6. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 404p.
  14. DIAS EC, SILVA TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST).[internet]. Rev Brás. Saúde ocup. 38(127):31-43. 2013.[acesso em 2016 Sep 06]; Disponível em: <HTTP://dx.doi.org.10.1590/S0303-76572013000100007>.
  15. DIAS EC, SILVA TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST).[internet]. Rev Brás. Saúde ocup. 38(127):31-43. 2013.[acesso em 2016 Sep 06]; Disponível em: <HTTP://dx.doi.org.10.1590/S0303-76572013000100007>.
  16. CUNHA GT, CAMPOS GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. [Internet]. ORG. e DEMO, Marília, vol. 11, nº 1, pág. 31-46, jan./jun., 2010. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>
  17. SOUZA MT, SILVA MD, SOUZA RC. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [Internet]. Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)
  18. ROCHA AMO, NETO AAS, SOBRINHO GDO, MARTINIANO CS, SAMPAIO, J. Apoio matricial e a atuação do núcleo de apoio a saúde da família: revisão integrativa. [Internet]. 2012. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2012/anais/arquivos/0518\\_0501\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2012/anais/arquivos/0518_0501_01.pdf)
  19. DIAS EC, CHIAVEGATTO CV, LACERDA E SILVA T, REIS JC, SILVA JM. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos CEREST, 2002-2007. [Internet]. Rev. Med. Minas Gerais; 20 (2,supl.2): S66-S74, abr.-jun. 2010. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/Home>



20. SANTOS APL. Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. 2010. [Tese]. [Internet]. UNIFESP, São Paulo; 2010. [acessado 2015 set 09]. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/10103>
21. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. [Internet]. Belo Horizonte, Julho, 2010. [acessado 2015 set 09]. Disponível em: [http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS\\_documento%20conceitual.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS_documento%20conceitual.pdf)
22. BRASIL. Ministério da Saúde. 1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da RENAST, 2008-2009. Maio de 2011. [Internet]. [acessado 2015 set 09]. Disponível em: [goo.gl/qzLluO](http://goo.gl/qzLluO)
23. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde. [Internet]. Belo Horizonte, MG: 2011. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2839.pdf>
24. KANASAWA KC, MONTEIRO CL, PINTOR EA. Brasil. Ministério da Saúde. AM em ST na AB: relato de experiência do município de Diadema. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Expoepi: mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças: Anais. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_11\\_expoepi.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_11_expoepi.pdf)
25. DIAS MDA, BERTOLINI GCS, PIMENTA AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. Trab. educ. saúde (Online) [internet]. 2011, vol.9, n.1 [acesso em 2016-09-06], pp.137-148. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100010>.
26. DIAS EC, SILVA TL, ALMEIDA MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 15-24. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: [http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_1/artigos/CSC\\_v20n1\\_15-24.pdf](http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_15-24.pdf).
27. SANTOS APL, LACAZ FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012. [Acesso em 2016 Sep 06]; 17(5):1143-1150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500008>.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. VI Encontro Nacional da RENAST: Apresentação de trabalhos desenvolvidos no âmbito da RENAST. [Internet] [Acesso em 2016 Sep 06]; Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/vi-encontro-nacional-renast>.
29. CAMPOS MS. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde de felixlândia/MG: desafios e perspectivas.[Monografia]. Minas Gerais: UFMG, 2012. [Internet] [Acesso em 2016 Sep 06]; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3768.pdf>.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. 2º inventário de ST, 2010-2011: Acompanhamento da RENAST, 2010-2011. Brasília/DF: Setembro de 2013. [Internet]. [Acesso em 2016-09-06]. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Nacional: Possibilidades da Atenção básica na atenção integral a saúde do trabalhador. [internet]. São Paulo, Julho de 2013. [acesso em 2015 set 09]. Disponível em: [goo.gl/uLZHEi](http://goo.gl/uLZHEi)
32. CHIAVEGATTO CV, ALGRANTI E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. [Internet]. Rev. bras. saúde ocup. 38 (127):25-27. 2013 [acesso em 2016 Sep 06]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>.
33. SILVEIRA AM, DIAS EC, SILVA JM, PINHEIRO TMM. Compassos e descompassos na trajetória do Serviço Especial de Saúde dos Trabalhadores vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: 30 anos. [Internet]. Rev. bras. saúde ocup. 38(128): 216-229. 2013. [acesso em 06 de set de 2016 ]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200010>.
34. DIAS MDA. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. [Internet]. Rev. bras. saúde ocup. 38(127): 69-80. 2013 [acesso em 06 de set de 2016]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100010>.

35. LACAZ FAC, TRAPE A, SOARES CB, SANTOS APL. Estratégia Saúde da Família: um diálogo possível. Interface (Botucatu) [Internet]. 17 (44):75-87. 2013. [acesso em 06 de set de 2016]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>
36. FRANCO MS. O apoio matricial como tecnologia para integração da vigilância em saúde com a atenção básica no âmbito municipal. [Dissertação]. Universidade de Brasília. DF: 2013. [acesso em 09 de set de 2015]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13308/1/2013\\_MarcosdaSilveiraFranco.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13308/1/2013_MarcosdaSilveiraFranco.pdf)
37. LACERDA E SILVA T, DIAS EC, PESSOA VM, FERNANDES LMM, GOMES EM. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. Interface (Botucatu) vol.18 no.49 Botucatu Apr./June 2014 [Epub] Mar 10, 2014. [acessado 2016 jun 17]. Disponível em: <http://goo.gl/lplRgj>
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, 2014. [internet]. [acesso em 12 de Abril de 2016]. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf>
39. MAGALHÃES CCB. Contribuições dos núcleos de apoio a saúde da família para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. [Dissertação]. [internet]. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2014. [acesso em 12 de Abril de 2016]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14206/1/159.pdf>
40. VELLO LS. Saúde do trabalhador na atenção primária em saúde: estudo de caso em um município na região metropolitana de São Paulo. [tese]. [internet]. São Paulo: USP, 2015. [acesso em 12 de Abril de 2016]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-24112015-110015/pt-br.php>
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final: 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. [internet]. Brasília/DF: 2015. [acesso em 12 de Abril de 2016]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20\\_Relatorio\\_4cnstt\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20_Relatorio_4cnstt_final.pdf)
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da RENAST 2016: Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. [internet]. Brasília/DF: 2016. [acesso em 12 de Abril de 2016]. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relat-rio-renast-2016>
43. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. [internet]. [acesso 12 Abril 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html)
44. Nota Técnica nº 50. Diretrizes para oferta do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. [internet]. [acesso 12 Abril 2016]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas\\_tecnicas/Nota\\_Tecnica\\_Diretrizes\\_Telessaude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf)

## **ARTIGO 2 - APOIO MATRICIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ: IMPLANTAÇÃO, POTENCIALIDADES E DIFICULDADES**

### **RESUMO**

As atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador estão em discussão no contexto nacional para os processos de apoio de implementação das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Por meio do Apoio Matricial, aponta-se uma nova competência a estes equipamentos com vistas a superar a fragmentação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador. Este estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, teve por objetivo compreender as ações de Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Utilizou-se a Triangulação de Métodos para análise do material empírico, cuja pesquisa de campo, realizada em 2016, ocorreu por meio de entrevistas com um gestor e seis matriciadores, aplicação de formulário eletrônico, respondido por 28 matriciados e pesquisa documental. Verificou-se que o Apoio Matricial apresenta potencialidades evidenciadas por meio da relação dialógica entre matriciadores e matriciados, proporcionando maior vínculo e apropriação das características dos territórios no estado. Identificou-se que é preciso fortalecer as equipes de Saúde do Trabalhador, tanto em termos de quantidade quanto de formação, para a apropriação dos pressupostos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador e do Apoio Matricial.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Gestão em Saúde; Apoio Matricial.

### **INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO**

A Saúde do Trabalhador (ST) no Paraná (PR), no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), organiza-se por meio de uma rede de Centros de Referência em ST (CEREST), sendo um de abrangência estadual (equipamento denominado de Centro Estadual de ST - CEST), sediado na capital, e oito CEREST Macro-Regionais (CEREST-MR), sediados em oito cidades do interior do estado, congregando as 22 Regionais de Saúde (RS) e seus 399 municípios. O CEST é o espaço de gestão da ST no Paraná e, por meio dos CEREST-MR apoia o desenvolvimento das ações de ST no estado por meio da metodologia do Apoio Matricial (AM), aplicada de forma um pouco diferente do proposto em sua concepção por Campos e colaboradores (CAMPOS et. al. 2014).

O AM está inscrito no Método Paidéia, ou da roda, desenvolvido por Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos e vem sendo amplamente utilizado

em políticas e práticas de saúde no Brasil (CAMPOS et. al., 2014). O método visa à democratização institucional e o fortalecimento dos sujeitos e dos coletivos (OLIVEIRA, 2011). Possui vários eixos de atuação/aplicação, e para cada um deles há uma metodologia de trabalho: na gestão, por meio do Apoio Institucional (AI); nas relações interprofissionais, por meio do AM e Equipes de Referência; nas relações clínicas, por meio da Clínica Ampliada e Compartilhada e como metodologia de ensino-aprendizagem para a formação em saúde (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014).

O AM na ST é preconizado, no SUS, pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada em 2012. Tal Política preconiza que o AM deve ser desenvolvido pelos CEREST, a fim de disseminar a compreensão da centralidade do trabalho na determinação do processo saúde-doença para toda a rede de atenção do SUS (BRASIL, 2012). Estudos apontam que o AM é uma oportunidade de redefinição do papel dos CEREST dentro do SUS, haja vista a frágil articulação desses centros com a Rede de Atenção em Saúde (RAS) do SUS (DIAS e SILVA, 2013) e pelo fato de se encontrarem em meio a um contexto de escassos recursos humanos e aumento das suas demandas, tornando seu trabalho muito mais complexo (NEVES, 2013).

No Método Paidéia, a relação de apoio acontece entre os apoiadores matriciais (profissionais de notório saber com formações diversas em saúde) e entre as equipes de referência, que são compostas por profissionais de saúde coordenadores do cuidado direto de uma clientela adscrita a um serviço de saúde, de um centro de especialidades ou, principalmente, de equipes da APS. Tal relação deve ser permeada por processos dialógicos de suporte assistencial e técnico-pedagógico, visando a resolução de problemas relevantes em Saúde Coletiva (CAMPOS, 1999).

No PR o AM na ST acontece de forma diferente do que é proposto originalmente por Campos e colaboradores. Na SESA PR, este processo de trabalho foi instituído pelos gestores do CEST, em meados de 2011, para a gestão do trabalho em ST da seguinte forma: o CEST atua por meio da ferramenta do AM junto aos profissionais que compõem os CEREST-MR. Estes possuem como "clientes" os profissionais de saúde da RAS do SUS dos municípios das suas áreas de abrangência.

Diante do caráter inovador de tal proposta, objetivou-se compreender as ações de AM em ST no âmbito da SESA PR, sob a perspectiva de quem apoia

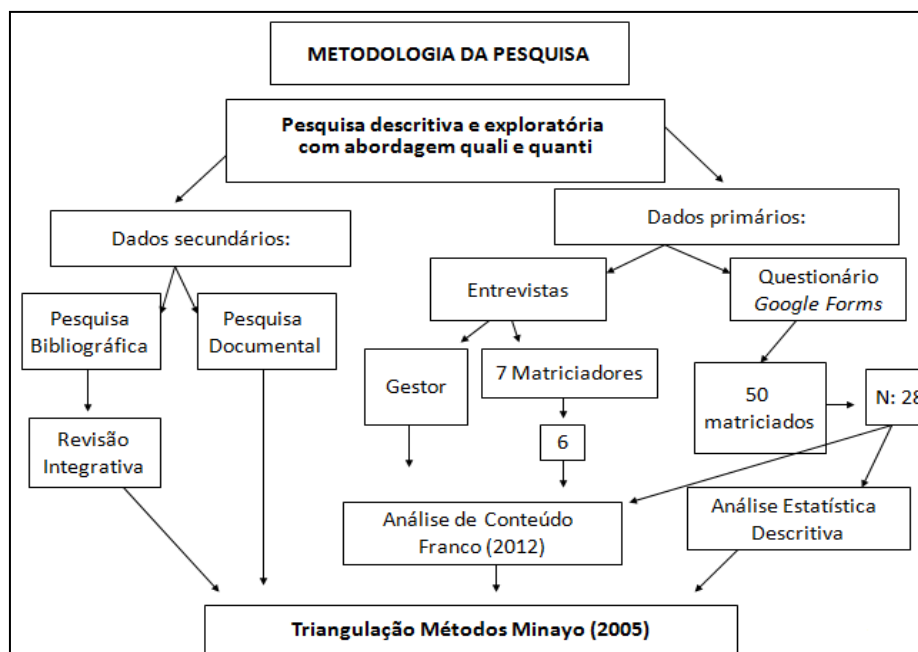
(matriciadores), de quem é apoiado (matriciados) e do gestor, refletindo sobre os desafios e potencialidades desta estratégia de trabalho para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador do PR (PEST).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de Abril a Julho de 2016. O material empírico foi coletado por meio das técnicas de entrevistas semi-estruturadas, formulário eletrônico e pesquisa documental. A análise de conteúdo foi feita a partir de Franco (2012) e foi subsidiada pela estratégia da Triangulação de Métodos, a luz de Minayo (2005; 2006). A autora afirma que a triangulação de métodos é um desafio, o qual apresenta basicamente dois movimentos, sendo o primeiro de "uma valorização fenomênica e técnica dos dados primários" e o segundo "ao mesmo tempo contextualizados, criticados, comparados e triangulados" (MINAYO, 2005, p. 185).

Todos os envolvidos no processo de Apoio Matricial no âmbito da SESA PR foram convidados a participar (sete matriciadores do CEST, um gestor do CEST e 50 matriciados dos oito CEREST Macro Regionais do Estado). Aceitaram participar da pesquisa um gestor e seis matriciadores do CEST, por meio de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, e responderam ao formulário eletrônico 28 matriciados. Os instrumentos de coletas de dados foram testados previamente. Utilizou-se também a metodologia da Revisão Integrativa para análise da literatura e três tipos de documentos foram consultados para a pesquisa, a saber: documentos informais dos serviços, compostos por memórias de reuniões e outros apontamentos; documentos de gestão do estado, tais como o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Plano Estadual de Saúde (PES); e documentos do Controle Social, tais como relatórios de Conferências Estaduais de ST e das reuniões da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), do Conselho Estadual de Saúde (CES). Apresenta-se na Figura 1 um resumo da Metodologia da Pesquisa.

FIGURA 1 - RESUMO DA METODOLOGIA DA PESQUISA



FONTE: Os Autores (2017)

Todos os preceitos éticos foram respeitados, tendo a pesquisa sido aprovada nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFPR (Parecer nº 1.412.934 de 2015) e da SESA PR (Parecer nº 1.472.161 de 2016). As falas dos matriciadores foram codificadas pela letra "E", acrescidas de um número, e as das matriciados pela letra "M", sem números.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da leitura dos dados colhidos emergiram quatro categorias de análise, a saber: Contexto da implantação do AM na ST do PR e Mudança no Processo de trabalho; Conceituação do AM na ST do PR e as Atribuições do ato de apoiar neste contexto; Desafios do AM na ST do PR; Potencialidades do AM na ST do PR.

### Caracterização dos participantes da pesquisa

Apresenta-se na Tabela 1 as principais características dos participantes do estudo, e destaca-se que 97% deles são funcionários públicos da SESA PR.

Tabela 1 - CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

<b>Variável</b>	<b>N = 35</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	23	66
Masculino	12	34
Idade		
De 18 a 30 anos	1	3
De 31 a 40 anos	8	23
De 41 a 50 anos	12	34
De 51 a 60 anos	14	40
Escolaridade		
Ensino Médio/ Técnico	2	6
Graduação	5	14
Especialização	24	68
Mestrado	2	6
Doutorado	2	6
Tipo de vínculo de trabalho com a SESA		
Estatutários	34	97
Contratados ( via fundação)	1	3
Tempo de Trabalho na ST		
Menos de 2 anos	4	26
Entre 2 a 5 anos	14	40
Entre 5 a 10 anos	11	31
Entre 10 a 20 anos	5	14
Mais de 20 anos	1	3
Formação Profissional		
Outros	11	31
Enfermagem	11	31
Técnico em Segurança do Trabalho	9	26
Medicina	2	6
Farmácia	2	6

FONTE: Os autores (2017)

### **Contexto da Implantação do AM na ST do PR e Mudança no Processo de Trabalho**

Percebeu-se que a implantação do AM na ST do PR foi marcada pela necessidade sentida pelos gestores do CEST entre os anos de 2011 e 2012 de readequação do processo de trabalho entre o CEST e CEREST-MR a partir da publicação de um novo instrumento de gestão, a PEST, em 2011. Nesse contexto, o AM poderia contribuir para a implementação da política por meio do estabelecimento de profissionais de referência entre estes equipamentos. O gestor entrevistado referiu que a gestão da ST na época era muito nova no PR, e com a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador do Paraná (PEST), o CEST precisaria assumir essa nova postura de gestão, fato que gerou uma mudança no processo de trabalho. Os técnicos do CEST se tornaram referências técnicas para os profissionais de cada CEREST-MR, em todos os assuntos da ST:

*"Por que antes as regionais não tinham essa referência, não sabiam com quem conversar aqui dentro, para qualquer dúvida, ligava para um, ligava para outro" (E4).*

Contudo, matriciadores e matriciados referiram que não houve uma discussão aprofundada dessa nova ferramenta de trabalho:

*"A gente não fez nem a discussão do que é o matriciamento" (M);  
"Nunca houve uma reunião com os técnicos para falar sobre a mudança e tema propriamente dito" (E3).*

Uma Revisão Integrativa sobre a utilização do AM como instrumento de articulação entre a SM e a APS encontrou que a falta de compreensão da ferramenta constituiu um dos obstáculos para a sua implantação (MACHADO E CAMATTA, 2013).

Resgatou-se algumas memórias do serviço sobre este processo de implantação do AM. Há evidências de que houve um planejamento do CEST para apresentar a temática e a nova forma de trabalho aos técnicos das RS da SESA PR e dos CEREST-MR e registros da implantação, conforme trecho do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2012: "Redefinição do processo de trabalho do CEST, com a constituição de equipes matriciais de apoio ao planejamento e desenvolvimento das ações dos CEREST/Núcleos das RS e municípios" (PARANÁ, 2012). Pesquisou-se também nas memórias de reunião da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) do Conselho Estadual de Saúde (CES) dos anos de 2011 e 2012 e o assunto não foi discutido. Além disso, há poucas atas de reuniões de equipe do CEST, evidenciando a pequena frequência ou não registro das mesmas e o fato de que cada matriciador registra suas ações de forma particular.

O serviço elaborou um roteiro para as ações de matriciamento entre CEST e CEREST-MR, o qual consta no Quadro 2, com a descrição de tais ações. Infere-se então que o serviço tinha clareza das ações que deveriam ser apoiadas pelos matriciadores, até porque, na maioria, tratava-se de profissionais com experiência na ST, contudo, sem maiores subsídios técnicos e metodológicos da metodologia e função "apoio".

Minozzo (2011, p. 74) em pesquisa sobre a implantação do AM no contexto da Saúde Mental encontrou situação semelhante, de que os profissionais têm



difficuldade para se reunirem em equipe e discutirem sobre os pressupostos do AM, desenvolvendo seus trabalhos "sem antes terem entrado em consenso internamente sobre do que se trata, como faz, quais as diretrizes", atribuindo a este fato a falta de tempo e excesso de demanda. Além disso, demonstra que a não discussão do AM como processo de trabalho pela equipe pode revelar problemas de aceitação do mesmo como atribuição da equipe, como se fosse algo imposto pela gestão do serviço (MINOZZO, 2011).

Outros trabalhos sobre a implantação do AM foram encontrados na literatura, evidenciando que para tal foi preciso capacitar as equipes sobre a ferramenta, inclusive, com a contratação de novos profissionais (ARONA, 2009).

### **Conceituação do AM na ST do PR e as Atribuições do ato de apoiar neste contexto**

Antes de apresentar o conceito do AM na ST do PR, é preciso registrar que se encontrou na pesquisa de campo divergências sobre o assunto, devido às experiências profissionais dos envolvidos e suas múltiplas formações. Klein e D'Oliveira (2017) também encontraram compreensões divergentes sobre a concepção do matriciamento dentro do contexto da Saúde Mental (SM), repercutindo, assim, nas atribuições que devem ser desenvolvidas pelos matriciadores.

Como relatado anteriormente, alguns envolvidos mencionaram que não houve uma discussão aprofundada sobre essa nova metodologia de trabalho, especialmente no contexto da ST:

*"Dentro do CEST utilizou-se essa palavra, utilizou-se esse termo matriciamento [...] eu acho isso teria que ter sido discutido em equipe, eu acho que isso nunca foi discutido enquanto método [...] na vigilância" (E6).*

Contudo, foi possível conhecer a compreensão do AM do gestor, dos matriciadores e dos matriciados, devido às suas vivências do próprio ato de apoiar. Oliveira (2011) parte do pressuposto de que o apoiador aprende na prática a função, e por consequência, do ato de ser apoiado.

Sob o ponto de vista do gestor, a partir da sua experiência de gestão e pelos pressupostos do AM de Gastão Wagner, o AM consiste nas relações de gestão de

forma horizontalizada, com a participação de matriciados e matriciadores, sem que necessariamente haja processos decisórios hierarquizados entre chefias e subordinados:

*"A ideia e a lógica seria a mesma sendo adaptada a um processo de gestão no PR pra ST [...] e é uma ideia do apoio, você não estar ligado à questão da referência e contra referência de maneira hierárquica, verticalizada, em níveis ascendentes de referência [...] mas, dentro da horizontalidade, a gente poderia propor aqui uma forma de apoio, apoio técnico e aí o político-pedagógico também [...] meu propósito era que essas pessoas (matriciadores) desenvolvessem esse lado de gestor de uma atividade, gestor de uma área da saúde pública, que passa por questões técnicas, questões pedagógicas, questões políticas, questões político-pedagógicas [...] de relação, de relacionamento, de resolução de problemas [...] e encaminhamentos da política estadual" (E1).*

Nesse conceito observa-se que as referências técnicas do CEST foram chamadas de Apoiadores Matriciais, contudo, do ponto de vista dos autores desse estudo, o conceito apresentado aproxima-se também do conceito de Apoio Institucional, ambas modalidades de apoio apresentadas no Método Paidéia de Campos, dispositivos para a democratização da gestão nas organizações, por meio da "formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho" (CAMPOS et. al., 2014).

O que difere a metodologia do AM e do AI são os lugares de onde parte o apoio e suas finalidades: o AM parte de um lugar de suposta paridade/horizontalidade entre os envolvidos para as relações entre profissionais de diferentes formações em saúde; o AI parte de um lugar de poder institucional ou de suposto saber, externo ao grupamento apoiado, para a cogestão de organizações. Independente da função ser de AM, AI ou outras (processos formativos e na clínica) sua função é de auxiliar o grupo a analisar seus dilemas e impasses, passando da análise crítica para ação (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013; FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014; CAMPOS et. al. 2014).

Os autores desse estudo entendem que esta função apoio, do Método Paidéia, é encontrada no serviço em estudo, pois o apoio se dá entre os pares, ao mesmo tempo que é de poder institucional, pois o CEST é o gestor da política de ST no estado, mas seus profissionais estão em uma mesma posição hierárquica que os seus matriciados.

Do ponto de vista dos matriciadores e dos matriciados, o AM, basicamente, é uma forma de assessoria e/ou apoio técnico para os profissionais matriciados nas ações preconizadas em diretrizes nacionais e estaduais da ST e gestão dos seus processos de trabalho (tais diretrizes e ações são apresentadas adiante):

*"Para nós seria o trabalho de ser referência para uma determinada região, ou no nosso caso os CEREST Macro" (E7).*

Os matriciados acrescentam também a visão de gestão do trabalho, auxílio na resolução de problemas, troca de conhecimentos (principalmente no que tange a uma homogeneidade das ações desenvolvidas em cada CEREST-MR), cobrança das ações de ST e de repasse de informações. A partir da explicitação do conceito, os envolvidos apresentaram as atribuições do matriciamento ou do ato de apoiar, que, resumidamente, perpassam toda a implementação da PEST e da PNSTT. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Klein e D'Oliveira (2017) em que a troca de saberes e a capacitação apareceram como principais significados do AM.

Destaca-se outra atribuição interessante referida pelos matriciadores:

*"Sempre que a gente vai, a gente acaba sendo um agente motivador, para a implementação das ações" (E7);*

*"Quanto você motiva os trabalhadores nos municípios eles até respondem, só que você tem que manter isso, você tem que manter o matriciamento" (E3).*

Esses achados da pesquisa corroboram com o Método Paidéia, no qual se afirma que a função apoiador "ênfatiza a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso ou movimento" (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014, p.933). O método Paidéia compartilha de Vygotsky (1988) apud Campos, Cunha e Figueiredo (2013), o papel do professor, o qual, para além de ser um facilitador, deve apoiar ativamente o grupo em formação. Neste sentido, de acordo com Onoko Campos (2003) apud Campos, Cunha e Figueiredo (2013), há um duplo papel do apoiador: de oferecer um suporte para o grupo, valorizando seus próprios recursos e a potência dos envolvidos, ao mesmo tempo em que deve "empurrar" o grupo para atingir seus objetivos, trazendo as demandas externas e oferecendo outros recursos (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013, p. 153).

Os principais conceitos do AM encontrados no cenário do estudo foram sintetizados no Quadro 1.

QUADRO 1 - SÍNTESE DOS PRINCIPAIS CONCEITOS DE AM PARA O GESTOR, MATRICIADOS E MATRICIADORES

MATRICIADORES	MATRICIADOS
E4: "eu acho que é um apoio é [...] ajudar eles no dia a dia mesmo"	M: "É a união de forças de conhecimento profissionais visando à integração de equipes em melhores resultados na saúde."
E3: "o matriciamento ele facilita no gerenciamento de casos, na gerencia, na gestão no caso, no nosso caso seria o município, que seria basicamente sentar com os profissionais da regional e pensar aquele território"	M: "Eu penso que matriciamento seja como um apoio técnico. Ou seja, uma pessoa deve estar norteando nossas ações, bem como estar sendo um intermediário entre as outras RS para que haja uma padronização de ações dentro do estado dentro da área de ST".
E7: "seria você estar acompanhando todos os processos de implementação da RENAST, o que eu venho fazendo no meu CEREST é mais um apoio técnico na assessoria de algumas ações de ST [...]"	M: "Viabilizando a resolução de problemas com otimização do tempo e trazendo informações atualizadas sobre normas, leis, capacitações e campanhas a serem realizadas durante o ano, também realiza orientações sobre avaliações dos programas e pactuações realizadas em prol da ST
Síntese: Apoio Técnico para todas as ações de ST a serem desenvolvidas pelos técnicos (matriciados) dos CEREST-MR; Gestão.	Síntese: Apoio Técnico desenvolvido por parte dos matriciadores; Esclarecimento de Dúvidas; Cobrança das ações de ST contidas nos instrumentos de gestão do estado; Repasse de Informações;

FONTE: Os autores (2017)

Conforme Campos et. al. (2014), a função apoio deve combinar as demandas do próprio grupo apoiado com as demandas dos apoiadores. No caso em estudo, as ofertas dos matriciadores partem de diretrizes para as ações de AM no CEST: a PNSTT, a PEST, o Programa de Qualificação das ações de vigilância em saúde (VIGIASUS) da SESA PR (sendo este o mais citado pelos participantes da pesquisa) e os pressupostos teóricos de Gastão Wagner de Souza Campos. As demandas dos matriciados encontradas foram as mais diversas. Sintetizou-se no Quadro 2 exemplos das ofertas dos matriciadores e no Quadro 3 as principais demandas de ações de AM na ST do PR.

QUADRO 2: OFERTAS/DIRETRIZES PARA A ATUAÇÃO DOS MATRICIADORES

TIPO DE DIRETRIZ	OBSERVAÇÕES	AÇÕES
Protocolo da SESA de Minas Gerais (2011): <b>"Construindo ações de saúde"</b>	O protocolo trás exemplos de ações de AM desenvolvidas pelos CEREST para a APS: "O CEREST,	CEREST têm o papel de suporte técnico, por meio da metodologia de AM e em caráter complementar poderá executar ações de assistência e vigilância: discussão de casos suspeitos de agravos

do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde"	enquanto apoiador matricial, deve oferecer às equipes de referência da APS retaguarda assistencial, suporte técnico e pedagógico para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde."	relacionados ao trabalho para a confirmação do diagnóstico e desenvolvimento do plano terapêutico adequado; auxílio na sistematização e análise do mapeamento das atividades produtivas e eleição de prioridades para o cuidado à ST; suporte técnico: nas investigações dos agravos de notificação compulsória; para desenvolvimento de ações de gerenciamento de risco das atividades desenvolvidas em domicílio; apoio à qualificação dos profissionais e técnicos sobre as questões de ST.
MS: <b>PNSTT</b> (2012)	Cita o AM e o AI como atribuição dos CEREST;	Descreve em vários artigos que o AM deve ser desenvolvido pelos CEREST a toda a RAS do SUS por meio de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da VISAT.
SESA PR: <b>PEST</b> (2011) e o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde ( <b>VIGIASUS</b> ), implantado no estado em 2013.	<p>Tratam-se de documentos da SESA PR e ambos não trazem nada específico sobre o AM, contudo, suas ações servem de base/diretrizes para a atuação dos técnicos da ST no PR.</p> <p>O <b>VIGIASUS</b> é um programa que objetiva qualificar as ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e ST), por meio de: repasse de incentivo financeiro estadual aos municípios para aplicação de capital e custeio; educação permanente voltada para os municípios e RS; estruturação de serviços próprios de vigilância em saúde da SESA.</p>	<p>As diretrizes propostas pela PEST e que norteiam as ações de ST no PR são as ações de VISAT. Devem ser priorizadas as investigações de todos os acidentes graves e fatais e trabalho infantil e vigilância nas empresas de fundição de chumbo, fabricação e recuperação de baterias automotivas, dos ramos químico-petroquímico e do petróleo, nos postos de combustíveis, nas indústrias do setor alimentício, além do trabalho rural, na cadeia produtiva da cana de açúcar e do fumo, nas empresas do setor metalúrgico, da construção civil, madeireiras, fabricação de papel e celulose, cal e calcário.</p> <p><b>VIGIASUS (ações versão 2014):</b> Elaborar o Diagnóstico de Situação da Saúde do Trabalhador do município; Notificar os agravos relacionados à saúde do trabalhador no SINAN e preencher o campo "ocupação"; Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves e fatais em até 72 horas; Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP); Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em saúde do trabalhador; Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho: Dos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal; Das empresas formuladoras e de síntese de</p>

		agrotóxicos; Desenvolver ações de saúde do trabalhador em atividades estratégicas: Da construção civil; Das atividades rurais; Frigoríficos (PARANÁ, 2015b).
<b>Gastão Wagner de Souza Campos:</b> Método Paidéia para a gestão de coletivos, em que o AM está inserido como uma modalidade de Apoio.	Autor citado nas entrevistas analisadas.  Apresenta-se outra autora (UFMG, 2014; DIAS, 2016) que não foi citada pelos entrevistados, mas que pode servir de subsídio para as ações.	Método Paidéia e a função Apoio: Apoio Institucional e Cogestão, Apoio Matricial e Equipe de Referência e apoio na relação clínica - Clínica Ampliada e Compartilhada (CAMPOS et. al., 2014). Dias (2016) aponta a utilização da metodologia do AM e do AI na ST (sendo o primeiro aplicado entre as instâncias matriciadoras e a APS e o segundo aplicado na gestão -chamados de Referências Técnicas em Saúde); Dias (2014) aponta as tecnologias de AM pelas instâncias matriciadoras da ST: Diagnóstico Situacional Local; Atendimento Compartilhado; Discussão de casos ou reunião de matriciamento; Projeto Terapêutico Singular; Visita Domiciliar; AM em atividades em grupos; Contato à distância por meio de tecnologias; Educação Permanente: capacitação <i>in loco</i> .
<b>Documentos do CEST</b>	O matriciador é uma Referência Técnica em ST (RT-ST). Apresenta-se as ações de um roteiro elaborado pelo serviço para basear a atuação dos Matriciadores (CEST, 2011b).	Elaboração de diagnóstico situacional da ST no território; Sensibilização dos gestores e indicação das referências técnicas municipais em ST; Planejamento das ações de ST (fluxos operacionais); Apoio ao desenvolvimento e monitoramento da implantação das ações: Estruturação das linhas de cuidado; Organização das ações em Saúde do Trabalhador (VISAT), na perspectiva da Vig. em Saúde; Gestão da informação; Estruturação da educação permanente em ST e outras atividades. Outras atividades da RT-ST: Apoio aos CEREST/Regionais; Apoio aos processos de Educação Permanente em ST; Apoio à participação e ao controle social em ST.

FONTE: Os autores (2017)

### QUADRO 3 - EXEMPLOS DEMANDAS DOS MATRICIADOS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Planejamento de atividades, dúvidas sobre rotina de trabalho, dificuldades na solução de algum problema"</li> <li>• "Necessidade de orientação quanto a procedimentos, legislações, trâmites"</li> <li>• "Reportar campanhas realizadas, alusivas à Saúde do Trabalhador; Solicitar orientações para resolução de ocorrências inesperadas; Metodologia de avaliação de ações dos programas relacionados a Saúde do Trabalhador, tanto da Regional de Saúde quanto dos municípios"</li> <li>• "Planejamento e desenvolvimento de capacitações; avaliações ações e metas VIGIASUS; avaliação/correções no banco de dados; situações-problema de (in)gestão no município e na regional (subnotificação, municípios silenciosos, ausência de servidores no quadro frente à ocorrência de casos complexo/necessidade de inspeção conjunta"</li> </ul>
--

FONTE: Os autores (2017)

Dias (2016) e UFMG (2014) definem quais são as instâncias de apoio, em especial de matriciamento e, em menor grau, de AI na ST do SUS, a saber: as equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF); das equipes dos CEREST; as equipes de Vigilância em Saúde e as Referências Técnicas em ST (RT-ST). Dias (2016) e Minas Gerais (2011) apresentam o conceito das RT-ST, que, de acordo com o nosso entendimento, se aproxima da função apoio técnico citada pelos matriciadores e matriciados. Conceitualmente, as RT-ST são profissionais de nível gerencial que assumem a responsabilidade de apoiar (AI) os profissionais da porta de entrada do sistema, na implantação e desenvolvimento do cuidado da população (DIAS, 2016).

Na ST de Minas Gerais, as RT-ST possuem a responsabilidade de assegurar a implantação das ações de ST nos seus municípios, contribuindo para a implantação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador no território sob sua responsabilidade. O referido estado utiliza as RT-ST como mediadoras de processos de ST entre a Diretoria de ST e as suas instâncias regionais (no total de 28 regiões), em especial nas áreas sem cobertura dos CEREST. Tais profissionais podem ou não ter experiência na área, com as competências de implantar a política estadual de ST em âmbito regional, atuando em conjunto com o Controle Social. Devem, também, monitorar e coordenar as ações de VISAT nos seus territórios (MINAS GERAIS, 2011). O MS afirma no texto da PNSTT que as RT-ST devem auxiliar na implementação da PNSTT, função esta que deve ser criada pelos gestores estaduais e municipais do SUS (BRASIL, 2012).

### **Dificuldades/ Desafios do AM na ST do PR**

Evidenciaram-se, durante a pesquisa de campo, dificuldades referentes ao método do apoio aplicado ao serviço em detrimento dos seus pressupostos teóricos e dificuldades referentes ao processo de trabalho do CEST e CEREST-MR, o qual está inscrito na realidade atual do SUS, com as particularidades do campo da ST.

Observa-se que não foram instituídos espaços de cogestão entre os envolvidos no organograma/rotina do serviço (entre o CEST, os CEREST-MR e o Controle Social), conforme a metodologia do apoio preconiza (CAMPOS, CUNHA E FIGUEIREDO, 2013; FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014; CAMPOS et. al. 2014), pois apenas parte do método foi aplicado, a saber, a relação de AM ou AI entre os

profissionais. Figueiredo e Campos (2014) afirmam que é preciso ter esses espaços protegidos dentro das instituições nos quais os envolvidos se sintam seguros em refletir sobre suas práticas, configurando-se em encontros para a discussão das demandas do grupo, envolvendo desde a busca de novas informações até a elaboração de projetos de intervenção (para os casos institucionais ou de Saúde Coletiva) ou projetos terapêuticos (para os casos clínicos).

Campos et. al. (2014) definem que esses espaços podem ser constituídos por Colegiados de Gestão, formados ou pelos gestores e usuários (tais como os Conselhos de Saúde previstos no SUS) ou apenas pelas equipes de referências. Podem ser espaços coletivos de caráter eventual ou permanente, no entanto, é preciso que ocorra análise sobre um tema e tomada de decisão. Ademais, para além de espaços de discussão, parte-se do pressuposto que o trabalho em saúde é uma práxis, cuja operação depende do saber acumulado pelos profissionais, e que estes devem ter autonomia e responsabilidade sanitária para construir um novo modo de agir, ou seja, “adaptar o saber tecnológico ao contexto singular” (CAMPOS, 2010, p.2341).

Para isso, é preciso que as instituições permitam este grau de autonomia. A democracia institucional depende de sistemas de cogestão instituídos pela própria organização, a fim de compartilhar os espaços de poder entre os envolvidos. Paradoxalmente, o método Paidéia se propõe a contribuir para a democratização das instituições, dependendo de que a instituição ofereça estes espaços. Tais espaços podem ser fomentados pelo apoiador institucional, participando de reuniões, discussões de casos, sendo uma função exercida tanto pelo gestor, quanto pode se constituir por um cargo específico (CAMPOS et. al., 2014).

Documentos consultados da SESA PR e estudo de Ramos Jr (2007) apontam uma discussão na CISTT sobre a necessidade da criação de um Conselho Gestor na ST do estado desde o ano de 2003 (PARANÁ, 2008; PARANÁ, 2011; PARANÁ, 2014a; RAMOS JR, 2007). Sua criação poderia garantir tais espaços protegidos de discussão sobre o processo de trabalho do CEST e CEREST-MR e sobre a implementação da política de ST no estado. Segundo o Conselho Estadual de Saúde do PR há uma disparidade estadual na implementação da PEST nas RS, sendo necessário entender suas causas (PARANÁ, 2014a), podendo este ser um ponto de pauta do referido conselho.

Estudo de Skamvetsakis (2006) aponta a experiência de um Conselho Gestor



no CEREST da Região dos Vales de um município do estado do Rio Grande do Sul. Afirma no estudo que o referido equipamento tem experimentado avanços e fortalecimento de suas ações devido, em parte, à adoção da gestão colegiada, cuja composição, na época do estudo, era paritária, com representação dos movimentos sociais e gestores e trabalhadores, com reuniões ordinárias mensais. A autora complementa ainda que a gestão compartilhada da ST pode servir como um provocador para a adoção de políticas públicas de gestão do trabalho no SUS e avanços na humanização da assistência integral ao trabalhador.

Contrapondo a autora supracitada, Mattos (2013, p.166) afirma que “abrir espaços colegiados regionais de gestão não necessariamente significa enchê-los de potência de transformação, dependendo das intenções e apostas nesse espaço”. Isso porque, os trabalhadores podem não se sentir representados ou parte daquilo que se discute, além de que, tais espaços colegiados podem não garantir a democracia entre trabalhadores, gestores e usuários. Entende-se então que o desafio que se apresenta ao serviço é de pensar em tais espaços de cogestão de forma institucional.

Outro desafio encontrado na pesquisa de campo, foi o próprio ato de apoiar ou a função apoio:

*"Eu acho que eu não estou conseguindo fazer esse matriciamento" (E7).*

Oliveira (2011) e Mattos (2013) estudaram em profundidade a função "apoio". Oliveira (2011) afirma que não há um só apoio e não há apoiador que se sinta pronto para apoiar. Por acreditar que a formação desta função aconteça no ato em si, é preciso ter um processo de supervisão-apoio como um espaço de compartilhamento das angústias sentidas pelos matriciadores, fato que não ocorre no serviço estudado. Mattos (2013) complementa que a função apoio é um movimento de construção coletiva para a produção do cuidado. Lida-se "com afetos, encontros, desejos e abertura de sempre novas trilhas e dobras que parecem desviar e se fazer para além das políticas governamentais e de captura, é fuga e criação infinita" (MATTOS, 2013, p. 166).

Somam-se outras dificuldades para além do método propriamente dito. O AM surge em um contexto de escassos recursos humanos dentro da ST no estado, em todas as instâncias de gestão (estadual, nas RS, nos CEREST-MR e nos

municípios), fato que se reproduz até hoje. Na época da sua implantação, a equipe de apoiadores matriciais do CEST era composta por 13 profissionais e durante esta pesquisa, a equipe matricial estava reduzida a oito matriciadores:

*"Há uma deficiência enorme no quadro do estado, de concurso público, e muitos profissionais se aposentaram [...] então a equipe do CEREST é 3, então esses 3 estão sobrecarregados, também, com todas as ações que eles têm que fazer [...] eu me desanimo, não vejo aquelas ações sendo executadas" (E7).*

Ramos Jr (2007) afirma que a área da ST no estado do PR sempre apresentou poucos recursos humanos. Já no contexto nacional, em 2015, apenas 43% dos CEREST estaduais e regionais do Brasil apresentavam as equipes mínimas completas conforme preconizado (seis profissionais de nível superior e quatro de nível médio) (BRASIL, 2016a).

Aliado a isso, há o acúmulo de funções: devido ao fato de os CEREST-MR estarem inseridos na estrutura das RS da SESA PR, os matriciados desenvolvem ações não apenas na ST, mas também nas outras vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental); os matriciadores do CEST não são apenas apoiadores matriciais, mas desenvolvem trabalhos em outras frentes (tais como projetos de formação em ST no SUS, planejando e capacitando profissionais; participam em fóruns interinstitucionais; auxiliam em inspeções em ambientes e processos de trabalho e na investigação de acidentes de trabalho, atendendo inclusive a demandas do Ministério Público do Trabalho):

*"Eu acho que eu deveria ser mais atuante, mas eu não sou tão atuante assim [...] não consigo viajar o suficiente, os técnicos da regional eles reclamam muito que eu teria que ficar mais presente, mesmo eu indo nas reuniões" (E7);*

*"Eu por exemplo, me envolvesse só nesse matriciamento, é o ideal, mas você não se envolve apenas no matriciamento [...] nós aqui nos envolvemos em muitas ações" (E6);*

*"A gente tem que se virar aqui com uma equipe reduzida, tendo que trabalhar com uma equipe reduzida dentro das regionais, e uma equipe reduzida dentro dos municípios, então [...] foi o arranjo que é possível (se refere ao AM)" (E5).*

Ao se referir ao AM como um arranjo possível para adequar o processo de trabalho do CEST e CEREST-MR, conforme a fala apresentada acima de uma das matriciadoras, remete-se ao trabalho de Oliveira (2011), sobre a modalidade do AM ofertada pelos serviços. Ele explica que o que define o arranjo operacional do AM

são as demandas e as possibilidades de ofertas no contexto da organização: deve ser considerado o contexto institucional no qual se inscreve o AM (no caso deste estudo seria de escassos recursos humanos para atuação na ST e a necessidade de implementação de ações e diretrizes da ST, as quais só aumentam em termos de quantidade e qualidade devido à complexidade do campo da ST); devem ser considerados os atores que desenvolvem o trabalho, com seus saberes, práticas e competências (matriciadores); e devem ser considerados também os atores que dão visibilidade/dizibilidade a demandas/problemas (matriciados e por que não as demandas trazidas pelos municípios).

Os matriciados também sentem a ausência dos matriciadores:

*"A supervisão "in loco" ao CEREST é pontual. Poderia ser uma rotina. Demora tempo para este contato. Deveria ser semestral" (M).*

A complexidade do campo da ST exige profissionais altamente capacitados, principalmente sobre os pressupostos teóricos do campo da ST cuja centralidade está no trabalho como determinante do processo saúde-doença/determinação social da saúde e na categoria processo de trabalho (BRASIL, 2012; SANTOS E LACAZ, 2011). Contudo, foram encontrados problemas na formação e no perfil profissional dos trabalhadores que estão atuando na ST do estado. Inclusive, um fato que chamou a atenção na pesquisa, é que há uma indefinição do próprio papel dos CEREST-MR principalmente por parte dos matriciados.

Consequentemente, o matriciador se sente "amarrado" em propor ou pedir que os técnicos dos CEREST-MR atuem em questões específicas da área complexa que é a ST. Dificuldades de entendimento das atribuições dos CEREST são apontadas por alguns estudos devido ao próprio histórico de alterações das atribuições nos diversos instrumentos normativos da RENAST, bem como pelas dificuldades de integração dos CEREST com os demais pontos de atenção da RAS do SUS (SANTOS E LACAZ, 2011; NEVES, 2013; DIAS et. al., 2010; UFMG, 2010; LEÃO E VASCONCELLOS, 2011).

Apesar da potência do AM em processos de formação de recursos humanos, fato também encontrado no estudo (a potência reside na troca de experiências e na articulação entre reflexão e intervenção produzindo mudanças nos sujeitos, nas práticas e nos serviços de saúde (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014), o CEST não dá

conta de capacitar os técnicos dos CEREST-MR em todos os assuntos pertinentes da área:

*"As ações de vigilância na área da ST são ações de embate, não são fáceis de você propor ações sem ter o conhecimento daquilo que realmente é" (E2);*

*"Há um outro ponto grave que eu acho que é a falta de concepção crítica da sociedade que vivemos, a gente pode identificar o técnico que ele tem uma formação técnica crítica ao regime em que vivemos, se ele tem uma concepção crítica da saúde coletiva, ele vai realizar as ações, e hoje o que eu vejo, a academia não faz uma discussão desse modelo" (aqui ela se referia ao modelo capitalista) (E7).*

Ademais, os matriciados também percebem o despreparo de alguns matriciadores ou que eles não aceitam o papel de apoiador matricial:

*"A coordenação matriciadora deve ser mais envolvida, presente e neutra em relação às RS que compõem os CERESTs" (M).*

Corroborando com este fato, Leão e Vasconcellos (2011) apontam a fragilidade da RENAST em processos formativos de recursos humanos na ST. Ademais, estudo de Dias et. al. (2010), cujo objetivo era conhecer a organização e funcionamento dos CEREST Regionais de MG, observou que as equipes dos referidos equipamentos eram formadas pela transferência de servidores de outros serviços ou logo após a aprovação em concurso público, sem ser exigido formação ou experiência na área da ST, fato semelhante ao que ocorre no Paraná.

Há problemas de gestão que atrapalham as ações de ST no SUS do PR, no que tange a própria conformação da RENAST no PR e gestão local da RAS do SUS: alternância dos gestores municipais não havendo continuidade das ações de saúde programadas e pactuadas; pelo fato da ST não ser prioridade nas agendas de saúde; pelo fato dos CEREST-MR estarem inseridos dentro da estrutura física das RS sofrem ingerências locais, dificultando a atuação dos técnicos:

*"Eu acho que na verdade a vigilância é uma área de pouco reconhecimento [...] o SUS é baseado em atendimento médico [...] é isso que o gestor do município quer, não vai botar um profissional enfermeiro para as ações de vigilância, então ele prefere ter esses profissionais dentro da unidade de saúde" (E6);*

*E7: "os gestores também, quem são os gestores do SUS, é uma mudança, é uma alternância [...] é uma falta de compromisso desses gestores com a saúde" (E7);*

*"Na realidade atual é melhor contar com esta forma de apoio do que ficar sem apoio nenhum ou a mercê da gestão existente nas Regionais onde os CERESTs estão localizados, porém tende a consolidar nos gestores que*

*este modelo compartilhado de Coordenação é o mais correto, quando de fato ele existe para suprir em parte a deficiência da administração da saúde como um todo" (M).*

Dias, Bertolini e Pimenta (2011) explicam sobre esses problemas encontrados na ST, os quais também foram encontrados no contexto do estudo. Afirmam que apesar dos mais de 20 anos de história do SUS há divergências entre o que está normatizado e o que está ocorrendo no cotidiano dos serviços, devido principalmente ao modelo político hegemônico dos interesses do capital ("tensão capital-trabalho"), em detrimento dos princípios fundamentais do SUS de universalidade e integralidade.

Nessa lógica, o campo da ST também faz parte desse processo, cujas dificuldades encontradas neste estudo condizem com outros estudos do campo da ST, inclusive, aponta-se que a ST seja a área mais defasada com relação a implantação dentro do SUS, apesar de estar entre as prioridades do Pacto pela Vida, devido: aos entraves políticos no âmbito municipal, o que faz com que muitos gestores não invistam no campo da vigilância; a falta de conhecimento de muitos gestores do SUS quanto à ST; o despreparo técnico dos profissionais de saúde e devido ao "imaginário" de que eles podem ter problemas jurídicos futuros, tais como emissão de relatórios técnicos e outros documentos (DIAS, BERTOLINI E PIMENTA, 2011, p. 139).

Os autores observam também, com base na pesquisa de campo, análise da literatura e documentos técnicos consultados, algumas peculiaridades da ST no PR que tornam cada vez mais complicadas as ações do CEST e CEREST-MR. Desde 2013, devido ao processo de qualificação da vigilância em saúde, por meio das ações preconizadas no Programa VIGIASUS, houve um aumento da demanda, cobrança e complexidade das ações que devem ser desenvolvidas pelos municípios, pelos matriciados e matriciadores que, acrescidas do fato dos escassos recursos humanos, tornam o trabalho dos CEREST mais difícil. Observou-se também que o AM e/ou o ato de apoiar na ST do PR está fortemente entrelaçado ao VIGIASUS no estado. O mesmo perfil das atribuições cada vez mais complexas dos CEREST são encontradas a nível nacional (NEVES, 2013).

### **Potencialidades do AM na ST do PR**

Algumas potencialidades da ferramenta do AM na ST do PR foram trazidas pelos envolvidos. Duas delas já foram apresentadas anteriormente: uma contida no próprio conceito/atribuição da função apoio apresentada no que tange o caráter motivador do método, no sentido de ter alguém de fora do grupo trazendo sempre novas ofertas (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014); outra atinente à mudança no processo de trabalho entre CEST e CEREST-MR, com o estabelecimento do contato personificado com um profissional de referência. Em decorrência desses dois fatores houve a criação de maior vínculo com os matriciados e, por consequência, a apropriação das características daquele território de referência por parte dos matriciados. A partir dessa relação, houve maior responsabilização nas questões da ST naquele território:

*"A responsabilização no sentido assim de me importar com eles e de eles poderem contar comigo na hora para qualquer trabalho né [...] o positivo no matriciamento, é dar possibilidade também de discutir essas coisas, de se aproximar mais desses profissionais que não tiveram formação para pensar nisso né" (E3);*

*"O matriciador tem um contato maior com esse técnico e pode direcionar melhor o trabalho deles [...] e a partir do matriciamento, comecei a ir, a fazer algumas capacitações técnicas, para saber, o planejamento, que ação foi realizada, as dificuldades deles" (E4).*

Com esta aproximação entre matriciadores e matriciados houve um ganho pessoal, relatado pelos entrevistados, no sentido de poder desenvolver seu trabalho de forma mais autônoma e de ampliar seu conhecimento na área, pois o matriciador não tem a obrigação de saber tudo, mas deve conhecer a ST como um todo, além da troca de experiências entre os envolvidos:

*"Ampliou o meu olhar para a saúde do trabalhador [...] eu tenho que buscar mais coisas, antes não, eu ficava só no sistema de informação, o resto, os outros agravos para mim era notificação, não era o resto o que estava acontecendo, o processo de trabalho, então agora eu já mudei o olhar, enquanto vigilância, no meu ponto de vista, para mim como técnica foi muito bom" (E5);*

*"Quando a gente vai para as RS nas reuniões a gente escuta a gente fica animada, então um ponto positivo é que a gente não pode parar, não pode deixar de fazer esse trabalho de capacitação, de trocas de experiências, de formação, por que é um caminho" (E7).*

Por meio do AM desenvolvido pelo CEST, com base nas diretrizes e normativas da PEST e da PNSTT, também foi relatado pelos entrevistados a possibilidade de discussão da ST com outros profissionais da RAS do SUS, auxiliando na disseminação dos pressupostos da ST. Isso porque, nas reuniões de

matriciamento realizadas nas RS e nos CEREST-MR, convida-se não apenas os técnicos da ST, mas de outras áreas afins, como da vigilância epidemiológica, sanitária, APS, entre outras:

*"A gente conseguiu colocar na pauta do município [...] hoje, ninguém ignora a ST do SUS, ela acho que é um passo, a AP evoluiu bastante, quem tem 13 mil e poucas notificações no ano, e pra quem tinha, 6, 7 mil aí a 5, 6 anos atrás, não dá pra dizer que a AB não evoluiu, por que se não não teríamos notificações, então eles estão entendendo" (E1).*

Nesta última fala apresentada, sobre as notificações dos agravos da ST observa-se que o estado do PR é o terceiro em número de notificações no Brasil (BRASIL, 2016d). Pode-se inferir que este fato possa ser atribuído ao trabalho do CEST neste sentido, sendo um indicador das ações de matriciamento desenvolvidas, em conjunto com todo o processo de trabalho e das metas e ações do VIGIASUS.

Do ponto de vista dos matriciados, as potências do método, na maioria das respostas, diziam respeito à facilidade de comunicação entre os apoiadores e matriciados, troca de experiências exitosas em ST desenvolvidas pelas RS do estado; auxílio na resolução de problemas; auxílio na qualificação das equipes municipais e direcionamento das atividades a serem realizadas pelos CEREST e percepção sobre a mudança dos seus processos de trabalho dentro dos CEREST-MR:

*"Como as RS possuem recursos humanos em quantidade insuficiente para desenvolver as suas atividades em plenitude, a função do matriciador é fundamental para dar subsídios e facilitar os trabalhos desenvolvidos pela RS e municípios, cobrar uma homogeneidade de ações entre as regionais, promover cursos e reuniões técnicas sobre saúde do trabalhador e assim, inserir mais rotineiramente o desenvolvimento e a implementação de ações de interesse" (M);*  
*"É uma forma de nos deixar seguros na tomada de decisão" (M).*

No âmbito da Saúde Mental, Machado e Camatta (2013) também encontraram como potencialidades do método a construção coletiva de saberes, melhor comunicação entre os trabalhadores, ampliação do conhecimento do tema em tela por meio de encontros e trocas cotidianas entre os profissionais, e aumento da corresponsabilização. Na relação entre especialistas e a APS, Arona (2009) obteve, também, como resultados da implantação do AM, a ampliação da resolubilidade das equipes, a definição do fluxo de encaminhamentos, a abertura de

um canal de comunicação interprofissional e o estabelecimento de um espaço de cogestão.

Estudos específicos sobre o uso do AM na ST tratam do uso da ferramenta entre CEREST e a APS, e os resultados são positivos. O caso mais referenciado na literatura consultada é do Município de Amparo (SP), onde por meio do AM exercido pelo CEREST Municipal às equipes da APS efetivou-se uma prática concreta de incorporação da ST na rede do SUS, por meio do intercâmbio sistematizado de conhecimentos e experiências entre as várias especialidades e profissões. Como facilitadores desse processo destaca-se o matriciamento como modelo de ação pedagógica contínua e de educação permanente assumido pela equipe do CEREST, além da participação nos colegiados de gestão (pois na medida em que as ações são pactuadas em conjunto produzem mudanças duradouras nos processos de trabalho) e o protagonismo dos trabalhadores. Tais elementos foram decisivos para o compartilhamento de responsabilidades para o atendimento dos trabalhadores (SANTOS, 2010; DIAS, BERTOLINI E PIMENTA, 2011; SANTOS E LACAZ, 2012; LACAZ et. al. 2013).

Estudo de Franco (2013) sobre o AM como tecnologia para a integração da vigilância em saúde com a APS no âmbito municipal, aponta que os apoiadores devem romper com a fragmentação das políticas impostas pelas diversas áreas programáticas do MS e que o fator determinante do modelo de AM em um município é o seu próprio território, com suas dimensões sanitárias, políticas e seus usuários com suas necessidades de saúde. Complementa que a implantação dessa tecnologia implica em enfrentar dificuldades, no sentido de que é preciso discutir os processos de trabalho e, para além dos profissionais, é preciso inserir o AM em um contexto maior dentro dos serviços de saúde dos municípios. É preciso ampliar as estratégias atuais de AM, como por exemplo, rediscutindo as atribuições das equipes de NASF nos territórios.

Apesar do foco do AM estar nas ações assistenciais de ST na APS, alguns autores se referem ao AM na ST como estratégia e dispositivo de qualificação das práticas de saúde no âmbito da gestão (DIAS, LACERDA E SILVA, 2013; CHIAVEGATTO E ALGRANTI, 2013; FRANCO, 2013). Para a efetivação dessa estratégia de trabalho, aponta-se a necessidade de oferecer cursos de capacitação e atualização coerentes com a situação de saúde local (CAMPOS, 2016) e que os gestores garantam contratos e espaços protegidos para legitimar as práticas de AM



entre as instâncias matriciadoras e as ER (VELLO, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apresentou-se no estudo a experiência particular do estado do PR na utilização do AM na ST para intermediar o processo de gestão das ações de ST entre CEST e CEREST-MR. Desde a implantação do método, que ocorreu no final de 2011, até o término da coleta de dados da dissertação de mestrado que gerou este artigo, em meados de 2016, passou relativamente pouco tempo para sua "maturação". Contudo, foi possível fazer uma reflexão sobre ele, a nível estadual, e evidenciar sua importância para a ST no SUS, cuja tarefa é árdua, de romper, diariamente, barreiras impostas pelo capitalismo para garantir, minimamente, proteção aos trabalhadores que morrem e se acidentam gravemente todos os dias.

Foi possível observar a potência do AM nesse contexto, principalmente sobre a criação de vínculo, facilidade de comunicação, troca de experiências e uniformidade das ações que deveriam acontecer no estado. Foi possível também entender as atribuições dos apoiadores matriciais e diretrizes que norteiam suas ações. Tais situações favorecem, do nosso ponto de vista, a implementação dos pressupostos da RENAST, contidos na PNSTT e na PEST. Quiçá futuramente, haja a apropriação da ferramenta também pelos profissionais dos CEREST-MR do estado para processos de apoio de forma mais qualificada aos municípios das suas áreas de abrangência, envolvendo toda a RAS, com ênfase na APS.

Sobre os desafios, foi possível identificar que eles são de duas ordens: uma, relacionada às próprias dificuldades do campo da ST no SUS, apontadas por diversos estudos da área, e a outra, pela falta do aprofundamento teórico da ferramenta e de espaços de cogestão garantidos dentro da instituição (CEST e CEREST-MR da SESA PR), tais como: os técnicos não sabem o que é o AM; existe uma deficiência em recursos humanos; inadequação do perfil profissional dos técnicos; multifunções; problemas de gestão; mudança dos gestores impedindo a continuidade das ações; o fato de a saúde do trabalhador não ser prioridade nas agendas de saúde; ingerências políticas locais nas RS e indefinição do papel dos CEREST).

É possível, ao menos, tensionar o sistema de produção capitalista a romper com o ciclo de mortes e adoecimento no trabalho, por meio de um corpo técnico no

SUS robusto, composto por profissionais altamente capacitados e em quantidade suficiente para o trabalho, fato que ainda não ocorre no estado, e em todo o Brasil. Ademais, não há espaços de cogestão em que os profissionais de saúde e os trabalhadores possam partilhar os problemas e traçar soluções em conjunto. A CIST, sozinha, e nos moldes atuais de pouca participação e poder deliberativo, não fornece tal espaço de cogestão. E, para além do SUS, há que se mencionar a ausência de articulação dele com as demais políticas públicas para minimizar os danos produzidos pelos trabalhos no corpo dos trabalhadores.

## **REFERÊNCIAS**

Ver as Referências da Dissertação.

### **ARTIGO 3 - INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO PARANÁ: APOIO MATRICIAL E O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

#### **RESUMO**

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná possui dois instrumentos de gestão de relevância ao estado e que estão qualificando o campo da Saúde do Trabalhador, a saber: o Apoio Matricial entre os oito Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e o Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde, que monitora, por meio de um rol de metas, o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador no estado. Por meio de um estudo descritivo-exploratório, cuja pesquisa de campo ocorreu em 2016, por meio de entrevistas, formulários eletrônicos e pesquisa documental nos serviços de Saúde do Trabalhador do estado, pretendeu-se apresentar e refletir sobre essas duas ferramentas de gestão da Saúde do Trabalhador no Paraná. Do total de 58 profissionais da Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 36 profissionais aceitaram participar da pesquisa. Encontrou-se que tais ferramentas demonstram um alinhamento metodológico do estado para o desenvolvimento dos pressupostos do campo da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. O Apoio Matricial se relaciona com o VIGIASUS, pois este é um instrumento operacional que norteia as ações de matriciamento em Saúde do Trabalhador no Paraná, conforme se evidenciou na pesquisa de campo. Também, constatou-se que é preciso qualificar as equipes da Saúde do Trabalhador, em termos de capacidade instalada e fundamentos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador e do Apoio Matricial.

**Palavras-chaves:** Saúde do Trabalhador; Apoio Matricial; Gestão em Saúde.

#### **INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO**

A ST no SUS organiza-se por meio da Rede de Atenção Integral a ST (RENAST), instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1679/2002 (BRASIL, 2002). Conceitualmente, a RENAST é uma "rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da ST" (DIAS E HOEFEL, 2005, p. 822). A RENAST têm como seus núcleos de ação os Centros de Referência em ST (CEREST), "*lócus* privilegiado de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente, ampliando a visibilidade da área da ST junto aos gestores e controle social" (UFMG, 2010).

O foco das ações de ST no SUS estava concentrada nos CEREST, desde a sua criação, em 2002 e, a partir do Pacto pela Saúde, elaborado em 2006, houve a necessidade de disseminação das ações de ST para toda a Rede de Atenção a

Saúde (RAS) do SUS, devido a mudança do eixo de atenção para a Atenção Primária em Saúde (APS) (DIAS et.al. 2010), ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, inclusive, aos trabalhadores. Nesse sentido, foi preciso qualificar os processos de gestão na ST, e o MS aponta que, por meio do Pacto de Gestão, que definiu a necessidade de pactuação das ações e atribuição de responsabilidades para todos os entes federativos, surgiu uma oportunidade ímpar para a inserção das ações de ST na rede pública de serviços de saúde e para a implementação da RENAST (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, as ações de ST devem ser pactuadas e monitoradas nos instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a) e estão descritas em diversos instrumentos normativos da RENAST, desde o "Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST", de 2006 (BRASIL, 2006a), até os instrumentos mais recentes, destacando-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada por meio da Portaria nº 1823/2012.

Assim, seguindo as diretrizes nacionais de gestão para a estruturação da RENAST, destaca-se que no PR há duas ferramentas de gestão da ST de grande importância para a implementação da PNSTT, as quais são tema desse estudo devido as suas especificidades no contexto estadual: a implantação do AM como ferramenta de gestão entre os CEREST do estado, no final de 2011, e o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde do PR (VIGIASUS), implantado em 2013.

AM, Organização Matricial do Trabalho ou Matriciamento, como é conhecido na prática, é uma metodologia para o trabalho em equipes multiprofissionais, com profissionais de diversos saberes para operar sistemas e redes complexas com vistas a melhoria da assistência e da gestão democrática em saúde (CAMPOS, 1999). Destaca-se a aplicação do AM na ST, pois, de acordo com Dias e Mattos (2012), todas as ações dos CEREST, na atualidade, estão sendo denominadas de AM.

O VIGIASUS é um programa criado pela SESA PR objetivando qualificar as ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e ST) nos municípios do estado, por meio de repasse de incentivo financeiro estadual aos municípios, educação permanente e estruturação de serviços próprios de vigilância em saúde da SESA PR. Para isso, foram pactuadas ações que devem ser realizadas pelos municípios (PARANÁ, 2016a).

Pretende-se então neste artigo apresentar essas duas ferramentas de gestão, refletir sobre suas interfaces e discutir suas potencialidades e desafios, com base em pesquisa de campo realizada nos CEREST da SESA PR. Esse objetivo surgiu durante a análise de dados da dissertação de mestrado de uma das autoras deste artigo, apresentando-se um recorte dos seus resultados. Justifica-se o estudo, pois experiências institucionalizadas de AM em ST são escassas e recentes (SILVA E DIAS, 2013), pelo fato de que o programa VIGIASUS foi apontado durante a pesquisa de campo como um importante instrumento operacional para as ações de AM no contexto do estudo e apresentar um diagnóstico das ações de ST no estado que ainda não foi publicizado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de abril a julho de 2016 nos serviços de ST da SESA PR, a saber: no Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST) e nos oito CEREST Macro Regionais (CEREST-MR) da SESA PR. O material empírico foi coletado por meio das técnicas de entrevistas semi-estruturadas, formulário eletrônico e pesquisa documental. A análise de conteúdo foi feita a partir de Franco (2012).

Foram entrevistados um gestor e seis matriciadores do CEST e responderam ao formulário eletrônico 28 profissionais dos CEREST-MR. Utilizou-se também a análise de documentos de gestão do CEST, tais como memórias de reuniões e diretrizes internas da SESA PR, como o Plano Estadual de Saúde (PES) e resoluções do VIGIASUS, além de documentos que trazem as diretrizes da ST do MS, tais como a PNSTT, portarias e manual de gestão da RENAST. Todo o material empírico foi analisado a luz da Triangulação de Métodos, de acordo com os pressupostos de Minayo (2005; 2006).

Todos os preceitos éticos foram respeitados, tendo a pesquisa sido aprovada nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFPR (Parecer nº 1.412.934 de 2015) e da SESA PR (Parecer nº 1.472.161 de 2016). As falas dos matriciadores foram codificadas pela letra "E", acrescidas de um número, e as das matriciados pela letra "M", sem números, devido ao fato de que responderam a um formulário eletrônico e

as respostas abertas foram analisadas dentro das categorias temáticas, não sendo possível identificar cada formulário respondido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Por meio da triangulação dos métodos de coleta de dados empregados, emergiram três categorias de análise, a saber: Organização da RENAST no PR, com ênfase no AM e no VIGIASUS; Implantação do AM na gestão da ST: Desafios e Potencialidades e interfaces com o VIGIASUS; Reflexões sobre a utilização do AM e do VIGIASUS para a gestão da ST no PR.

### **Caracterização dos participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa 35 profissionais de saúde, sendo 66% do sexo feminino, cujas idades variaram de 51 a 60 anos (40%), sendo as principais formações em Enfermagem (31%) e Técnicos de Segurança do Trabalho (26%). Outra informação importante é que 97% deles eram servidores públicos da SESA PR, com tempo de trabalho na ST variando de 2 a 5 anos (40%).

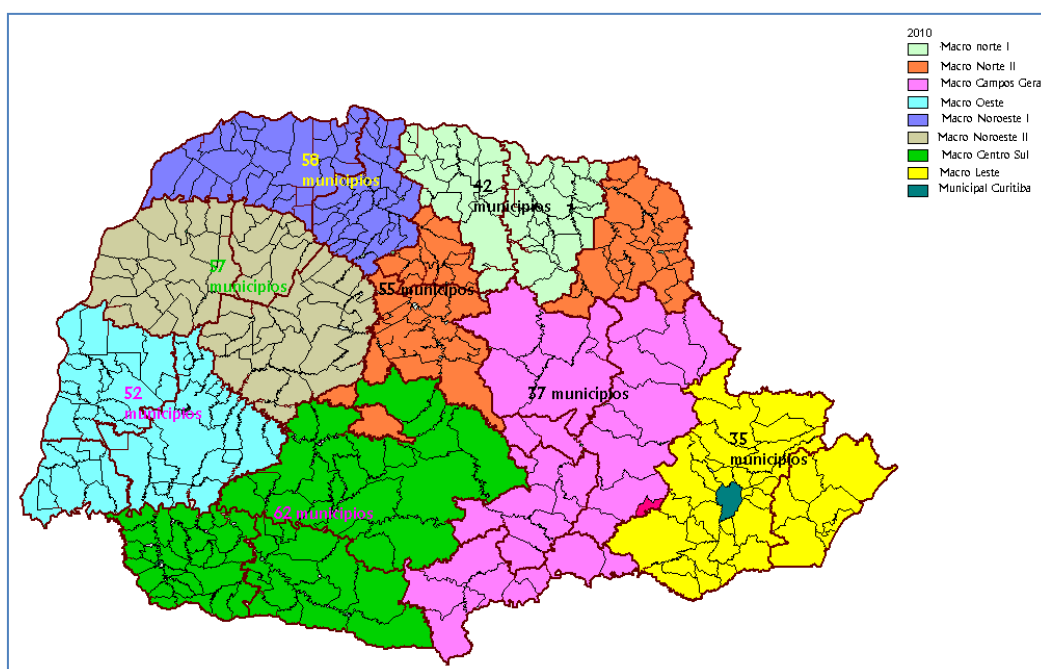
### **Organização da RENAST no PR, com ênfase no AM e no VIGIASUS**

Apresenta-se nessa categoria de análise uma breve descrição da RENAST no PR, a partir dos documentos oficiais da SESA PR e dos documentos internos do CEST, descrição importante para a compreensão posterior dos achados da pesquisa de campo apresentados nas categorias de análise seguintes.

A SESA PR conta com uma rede estadual de nove CEREST, sendo um de abrangência estadual (CEST) e oito de abrangência regional (CEREST-MR). O CEST é o espaço de gestão da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador do PR (PEST), publicada em 2011, e da PNSTT, e encontra-se dentro da estrutura da Superintendência de Vigilância em Saúde da SESA PR. Sediado em Curitiba, é um equipamento composto por equipe multiprofissional. Já os oito CEREST-MR encontram-se em oito das 22 sedes das Regionais de Saúde (RS) da SESA, dentro da Divisão de Vigilância em Saúde (DVVGS), que é composta por duas seções: Seção de Vigilância Epidemiológica (SCVGE); e Seção de Vigilância

Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador – SCVSAT (PARANÁ, 2016a). São compostos por profissionais de diversas formações, e seu quantitativo está previsto na PEST sendo, no mínimo, dois profissionais por RS (PARANÁ, 2011). Contudo, somados, não passaram de 50 profissionais, até o último levantamento realizado para a pesquisa, em 2016. Os CEREST-MR prestam assessoria técnica aos municípios da sua área de abrangência sobre as questões pertinentes a vigilância em saúde do trabalhador. Esta configuração da ST existe desde 2010, cobrindo todo o território do estado, conforme pode ser observado na FIGURA 1.

FIGURA 1- ORGANIZAÇÃO DOS CEREST NA SESA PR



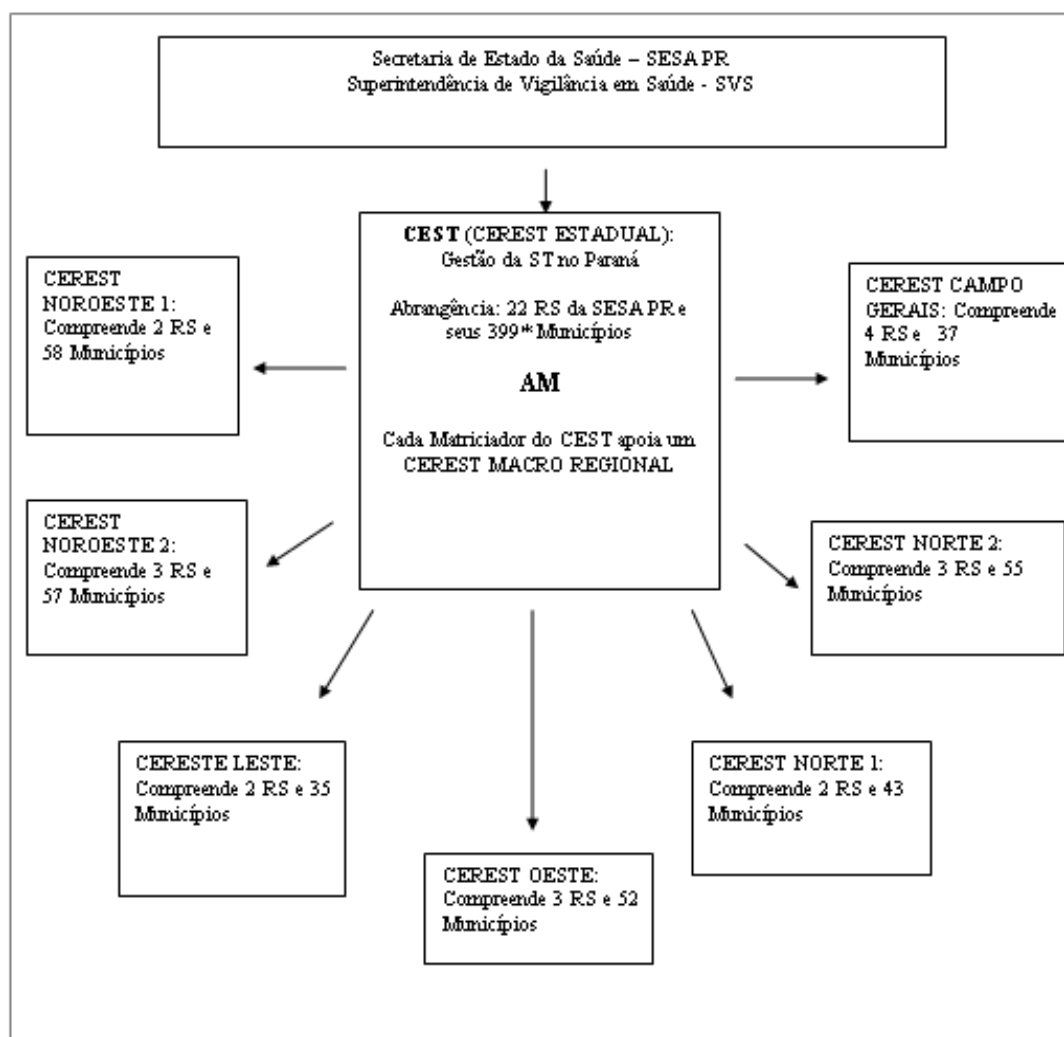
FONTE: CEST (2010b).

Os profissionais dos CEREST desenvolvem seus trabalhos baseados, além dos pressupostos da RENAST e da PNSTT, na PEST, em consonância com os princípios do SUS e da vigilância em saúde, atuando sobre os determinantes dos agravos a ST decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, sendo fundamental a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos. Na época da elaboração da PEST, foram priorizadas no estado as ações de VISAT por meio, principalmente, da investigação de todos os acidentes graves e fatais e trabalho infantil e em alguns ramos prioritários (PARANÁ, 2011).

Após a elaboração da PEST, de acordo com documentos do CEST, o fortalecimento dos CEREST-MR era uma premissa fundamental para a consolidação

da ST e da RENAST estadual. Sendo assim, com o objetivo de sistematizar um processo de trabalho de apoio permanente e mais próximo dos CEREST-MR, o CEST instituiu a utilização do matriciamento com o estabelecimento de técnicos de referencia para os profissionais dos CEREST-MR. Esta nova organização do processo de trabalho foi introduzida pelos gestores do CEST entre os anos de 2010 e 2011 (CEST, 2011b), conforme pode ser observado na Figura 2.

FIGURA 2 - MATRICIAMENTO EM ST NO PR



FONTE: Os autores (2017)

O AM é preconizado na PNSTT como principal atribuição dos CEREST a fim de disseminar, para a toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a centralidade do trabalho no processo saúde-doença das coletividades (BRASIL, 2012). Inclusive, os CEREST, conforme apontam estudos, estão passando por momentos de redefinição do seu papel dentro do RAS do SUS, no sentido de integração das suas ações, e o



AM vem sendo apontado como estratégia importante para tal (NEVES, 2013; DIAS E SILVA, 2013; BRASIL, 2012). Contudo, o AM na ST do PR acontece de forma diferente daquela proposta originalmente por Campos e colaboradores.

No AM originalmente descrito por Campos, a relação de apoio acontece entre os apoiadores matriciais (profissionais de suposto saber com formações diversas em saúde) e entre as equipes de referência, que são profissionais de saúde coordenadores do cuidado direto de uma clientela adscrita a um serviço de saúde, podendo ser de um centro de especialidades ou, principalmente, equipes da APS. Tal relação deve ser permeada por processos dialógicos de suporte assistencial e técnico-pedagógico, visando à resolução de problemas relevantes em Saúde Coletiva (CAMPOS, 1999).

Na SESA PR, o CEST atua por meio da ferramenta do AM para os profissionais que compõem os CEREST-MR. Esses possuem como "clientes" os profissionais de saúde da RAS do SUS dos municípios das suas áreas de abrangência. Os matriciadores do CEST, por meio de contatos telefônicos, por videoconferências, e-mail e encontros presenciais discutem periodicamente com os seus matriciados sobre demandas e processos de trabalho dentro do escopo de ações dos CEREST.

O CEST elaborou um roteiro de atuação para o matriciadores, no qual, encontram-se as seguintes ações: Elaboração de diagnóstico situacional da ST no território; Sensibilização dos gestores e indicação das referências técnicas municipais em ST; Planejamento das ações de ST (fluxos operacionais); Apoio ao desenvolvimento e monitoramento da implantação das ações: Estruturação das linhas de cuidado; Organização das ações em Saúde do Trabalhador (VISAT), na perspectiva da Vig. em Saúde; Gestão da informação; Estruturação da educação permanente em ST; Apoio aos CEREST/Regionais; Apoio aos processos de Educação Permanente em ST; Apoio à participação e ao controle social em ST (CEST, 2011b).

Este documento do serviço que explica as ações a serem desenvolvidas pelos apoiadores matriciais encontra-se em consonância com estudos sobre o AM na ST, os quais colocam estas e outras ferramentas ou metodologias de trabalho entre as instâncias matriciadoras e as equipes da APS, que podem ser adaptadas para outras realidades, conforme o Quadro 1.

QUADRO 1 - TECNOLOGIAS PARA O MATRICIAMENTO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA/ EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE ST, COM ÊNFASE NA VISAT

TECNOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
<b>Diagnóstico Situacional Local</b>	Instrumento de trabalho básico para a definição do plano de ação em ST municipal. Oportunidade de educação em serviço.
<b>Atendimento Compartilhado</b>	Em geral a consulta conjunta é articulada pela equipe de referência que faz os contatos com os matriciadores, do CEREST e do NASF e solicita suporte para a abordagem do caso.
<b>Discussão de casos/ Reunião de Matriciamento</b>	Na ST, a discussão de caso pode ser muito útil e mesmo essencial para o estabelecimento da relação causal entre a queixa e sintomas apresentados pelo usuário-trabalhador e sua atividade de trabalho atual ou pregressa, imprescindível para a condução terapêutica e de outros procedimentos decorrentes da identificação de uma doença relacionada ao trabalho.
<b>Projeto Terapêutico Singular</b>	As experiências registradas sobre a construção do PC e do PTS no cuidado à saúde dos trabalhadores ainda são restritas, mas apresentam grande potencial transformador das práticas de saúde.
<b>Visita Domiciliar</b>	Nas situações envolvendo a saúde dos trabalhadores, as visitas domiciliares são, possivelmente, o procedimento matricial mais complexo, mas com maior potencial de auxiliar a condução de casos que envolvem o trabalho domiciliado, quando assume a feição de uma ação de VISAT.
<b>Apoio Matricial para atividades em grupo</b>	A importância do enfoque coletivo e o trabalho em grupo com trabalhadores é bem estabelecida e reconhecida pelos profissionais da Saúde do Trabalhador. A área tem suas origens em parcerias fortes entre o movimento sindical e profissionais de saúde e este enfoque e experiência podem ser trazidos para a APS.
<b>Contato a distância: uso do telefone e computador e outras tecnologias de comunicação</b>	Contato telefônico para as situações menos complexas. Destaca-se o serviço de Telessaúde, que pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, capaz de prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos.
<b>Educação Permanente: Capacitação <i>in loco</i></b>	Considerando que um dos principais objetivos do AM é o suporte pedagógico para o trabalho das equipes, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) apontam que o AM deve proporcionar uma “capacitação <i>in loco</i> ” resultante do contato freqüente entre o profissional de apoio e o profissional da APS, permitindo que este aprenda, na prática, como avaliar e intervir sobre questões de saúde, tornando-se mais e mais autônomo, sem a necessidade de recorrer sempre ao especialista. A literatura registra que os momentos de discussão do processo de trabalho pela APS, para a implementação de ações de ST, podem desencadear angústia, sofrimento e cobranças desses profissionais quanto às suas próprias condições de trabalho, na medida em que também se identificam como trabalhadores.

Fonte: UFMG (2016)

Outra importante informação para complementar a organização da RENAST na ST do PR, e que influencia o processo de trabalho do CEST e CEREST-MR, são as ações de ST pactuadas com os municípios do estado, por meio do programa VIGIASUS. Implantado em 2013, este programa tem por objetivo fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no estado (PARANÁ, 2016a). Tais ações

são discutidas pelos matriciadores do CEST, monitoradas periodicamente e trabalhadas em conjunto com os técnicos dos CEREST-MR, a fim de auxiliar os profissionais da ST dos municípios a realizarem tais ações.

Entendeu-se, por meio da pesquisa de campo, que o VIGIASUS é um importante instrumento operacional para a implementação das ações de ST no estado, apoiadas pelos matriciadores do CEST, conforme será apresentado a seguir. Por isso, apresenta-se a seguir as ações da ST e seus resultados alcançados nos anos de 2014 e 2015, conforme pode ser observado na Tabela 1. É importante registrar que as ações de ST foram elaboradas pela equipe do CEST, pautadas em instrumentos normativos de ST do MS. A análise das ações é realizada periodicamente pelo CEST e seus resultados representam um diagnóstico da própria estruturação da RENAST no estado.

TABELA 1 – AÇÕES DA ST NO VIGIASUS PARA OS ANOS DE 2014 e 2015 E SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS

2014		2015	
Ações/Resultados		Ações/Resultados	
Elenco 1 - Devem ser desenvolvidas por todos os municípios do estado			
Elaborar o Diagnóstico de Situação da ST do município	8%	Elaborar e/ou atualizar do ano anterior o diagnóstico de situação da ST do município.	5%
Notificar os agravos relacionados à ST no SINAN e preencher o campo “ocupação”	7%	Notificar os agravos relacionados à ST no SINAN e preencher os campos: ocupação, dados da empresa e descrição do acidente.	3%
Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves e fatais em até 72 horas	7%	Investigar todas as ocorrências de acidentes de trabalho graves, fatais, crianças e adolescentes em: Até 3 dias úteis para os municípios do elenco 1; 5 dias úteis para os municípios do elenco 2; e 10 dias úteis para os municípios do elenco 3.	6%
Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP).	7%	Acionar a rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP).	1%
Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em ST	2%	Propiciar condições necessárias para a capacitação da equipe em ST	0%
Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho: Dos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal; Das empresas formuladoras e de síntese de agrotóxicos.	8%	Realizar vigilância dos ambientes e processos de trabalho nos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal.	7%
Desenvolver ações de ST em		Realizar vigilância dos ambientes e	

atividades estratégicas: Da construção civil; Das atividades rurais; Frigoríficos.	8%	processos de trabalho nas empresas formuladoras e de síntese de agrotóxicos.	3%
		Desenvolver ações de ST no ramo da construção civil	2%
		Desenvolver ações de ST no Trabalho Rural.	8%
		Desenvolver ações de ST nos Frigoríficos/Abatedouros.	6%
<b>Elenco 2 - Devem ser desenvolvidas apenas por alguns municípios do estado</b>			
Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em mais um (01) ramo/atividade a ser priorizado no território	2%	Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em mais um (01) ramo/atividade a ser priorizado no território.	7%
<b>Elenco 3 - Devem ser desenvolvidas apenas por alguns municípios do estado</b>			
Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em todos os ramos prioritários de acordo com o perfil produtivo e processos de trabalho existentes no território.	3%	Realizar Vigilância dos ambientes de trabalho em todos os ramos prioritários de acordo com o perfil produtivo e processos de trabalho existentes no território.	5%

FONTE: OS AUTORES, ADAPTADO DE PARANÁ (2015b, 2016d)

### **Implantação do AM na gestão da ST: Potencialidades, Desafios e interfaces com o VIGIASUS**

Identificou-se que o AM é uma ferramenta de trabalho importante para auxiliar e qualificar a gestão da ST no estado, gestão esta presente na relação entre matriciadores do CEST e matriciados dos CEREST-MR de forma dialógica, por meio da metodologia de "apoio", ao contrário das formas tradicionais de gestão em saúde entre gestores e subordinados ( de restrição da autonomia dos trabalhadores, segundo Campos (2010)). O AM foi instituído pelos gestores que, na época, motivados pela publicação da PEST, precisavam reorganizar o processo de trabalho entre CEST e CEREST-MR.

*" Dentro da horizontalidade, a gente poderia propor aqui uma forma de apoio, apoio técnico e aí o político- pedagógico também [...] trabalho de apoio e desenvolvimento da gestão da política (aqui ele se refere a política estadual e nacional), essa era a idéia, estamos voltando a ideia do formato de gestão ... e ... também pensando que isso levaria a consolidação de um modelo de gestão, por que a medida que os técnicos participam desse processo de matricular, de fazer o apoio matricial, você desenvolve capacidades e habilidades de gestão [...] o importante é que cada um desses matriciadores tem que a ... perfeita concepção da política, de como conduzir uma política importante de saúde, que é a saúde do trabalhador, que é uma parte da saúde como um todo, e que conheça o território onde tá trabalhando, conheça as pessoas que e os atores que interagem nesse território e busque o encaminhamento, apoie, favoreça fomento esse desenvolvimento ali de maneira coletiva em conjunto com todo mundo, acho que essa é a ideia básica do processo de apoio matricial ... " (E1).*

No conceito apresentado na fala acima, percebe-se os matriciados e matriciadores como sujeitos ativos dos seus processos de trabalho, corroborando com os pressupostos de Campos (2010), que acredita que para o trabalho em saúde, considerado uma práxis, deve-se operar de acordo com certo grau de autonomia advinda do saber acumulado pelos profissionais para a resolução de situações do cotidiano do trabalho. Exige-se também responsabilidade entre os profissionais (aqui matriciadores e matriciados) e com a instituição (aqui se entende responsabilidade com as diretrizes que norteiam as ações de ST no SUS e no âmbito estadual) (CAMPOS, 2010).

Contudo, neste ato de apoiar, no cenário do estudo, emergiram potencialidades e dificuldades. Identificou-se também, durante a análise do material empírico coletado, um importante instrumento operacional para as ações de AM, o programa VIGIASUS.

#### **1 - Potencialidades do AM na ST do PR:**

**A própria função "apoio" do método:** Encontrou-se a potência do AM no próprio ato de apoio e relação de troca entre matriciadores e matriciados, a exemplo de uma das falas de um dos matriciados:

*"Eu penso que matriciamento seja como um apoio técnico. Ou seja uma pessoa deve estar norteando nossas ações, bem como estar sendo um intermediário entre as outras RS para que haja uma padronização de ações dentro do estado dentro da área de ST" (M).*

Destaca-se o caráter motivador da função apoio para os apoiados, no sentido de ter alguém de fora do grupo trazendo sempre novas ofertas para atender às demandas dos grupos (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014) e, especialmente, na relação de troca de conhecimentos e capacitação (KLEIN E D'OLIVEIRA, 2017), a exemplo da seguinte fala de um dos matriciadores:

*"Sempre que a gente vai (fazer reunião de matriciamento), a gente acaba sendo um agente motivador, para a implementação das ações" (E7).*

Estes achados corroboram com a função do apoiador descrita na literatura consultada, em que se afirma que a função do apoiador "ênfatiza a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso ou movimento" (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2014, p.933).

**Relação personificada entre matriciador e matriciado, trazendo benefícios para ambas as partes:** Para o matriciador, houve uma ampliação da visão da ST e apropriação do território do CEREST-MR e para os profissionais matriciados, por meio de um técnico de referência, foi possível estabelecer formas de comunicação mais fáceis e dialógicas para a resolução de problemas. Com esta aproximação entre matriciadores e matriciados houve um ganho pessoal relatado pelos entrevistados, no sentido de poder desenvolver seu trabalho de forma mais autônoma e de ampliar seu conhecimento na área, pois o matriciador não tem a obrigação de saber tudo, mas deve conhecer a ST como um todo, além da troca de experiências entre os envolvidos:

*"Ampliou o meu olhar para a saúde do trabalhador [...] eu tenho que buscar mais coisas, antes não, eu ficava só no sistema de informação, o resto, os outros agravos para mim era notificação, não era o resto o que estava acontecendo, o processo de trabalho, então agora eu já mudei o olhar, enquanto vigilância, no meu ponto de vista, para mim como técnica foi muito bom" (E5).*

Especificamente sobre o ponto de vista dos matriciados, a maioria das respostas diziam respeito a facilidade de comunicação entre os apoiadores e matriciados, troca de experiências exitosas em ST desenvolvidas pelas RS do estado; auxílio na resolução de problemas; auxílio na qualificação das equipes municipais e direcionamento das atividades a serem realizadas pelos CEREST:

*"É uma forma de nos deixar seguros na tomada de decisão" (M).*

Machado e Camatta (2013) também encontraram como potencialidades do método a construção coletiva de saberes, melhor comunicação entre os trabalhadores, ampliação do conhecimento do tema em tela através de encontros e trocas cotidianas entre os profissionais e aumento da corresponsabilização. Arona (2009) obteve também como resultados da implantação do AM a ampliação da resolutividade das equipes, a definição do fluxo de encaminhamentos e a abertura de um canal de comunicação interprofissional.

Outros estudos apontaram também um intercâmbio sistematizado de conhecimentos e experiências entre as várias especialidades e profissões e destacam o matriciamento como modelo de ação pedagógica contínua e de educação permanente assumido pela equipe do CEREST para o compartilhamento

de responsabilidades para o atendimento dos trabalhadores (SANTOS, 2010; DIAS, BERTOLINI E PIMENTA, 2011; SANTOS E LACAZ, 2012; LACAZ et. al. 2013).

## **2 - Desafios da aplicação do AM na ST do PR:**

**Dificuldades referentes à falta de compreensão dos pressupostos teóricos do método aplicado a ST por parte dos envolvidos (matriciadores e matriciados):**

*"Dentro do CEST utilizou-se essa palavra, utilizou-se esse termo matriciamento [...] eu acho isso teria que ter sido discutido em equipe, eu acho que isso nunca foi discutido enquanto método [...] na vigilância" (E6).*

Klein e D'Oliveira (2017) também encontraram compreensões divergentes sobre a concepção do matriciamento, repercutindo, assim, nas atribuições que devem ser desenvolvidas pelos matriciadores, e a não discussão dos seus fundamentos pela equipe pode revelar a não incorporação do AM como parte do processo de trabalho dos mesmos.

Especificamente, do ponto de vista dos matriciadores, outro desafio que se apresenta é o próprio ato de apoiar ou a função apoio:

*"Eu acho que eu não estou conseguindo fazer esse matriciamento" (E7).*

Oliveira (2011) e Mattos (2013) estudaram em profundidade e função "apoio". Oliveira (2011) afirma que não há um só apoio e não há apoiador que se sinta pronto para apoiar. Por acreditar que a formação desta função aconteça no ato em si, é preciso ter um processo de supervisão-apoio como um espaço de compartilhamento das angústias sentidas pelos matriciadores, fato que não ocorre no serviço estudado. Mattos (2013, p. 166) complementa que a função apoio é um movimento de construção coletiva para a produção do cuidado, lida-se "com afetos, encontros, desejos e abertura de sempre novas trilhas e dobras que parecem desviar e se fazer para além das políticas governamentais e de captura, é fuga e criação infinita".

**Dificuldades da organização da ST no âmbito da SESA PR e da própria organização do SUS no Brasil (poucos recursos humanos, acúmulo de funções e perfil profissional dos técnicos da ST) que dificultam o trabalho do AM:** O AM surge em um contexto de escassos recursos humanos dentro da ST no estado, em todas as instâncias de gestão. Na época da sua implantação, a equipe

de apoiadores matriciais do CEST era composta por 13 profissionais e durante esta pesquisa, a equipe matricial estava reduzida a oito matriciadores:

*"Há uma deficiência enorme no quadro do estado de concurso público e muitos profissionais se aposentaram [...] então a equipe do CEREST é 3, então esses 3 estão sobrecarregados também, com todas as ações que eles têm que fazer [...] eu me desanimo, não vejo aquelas ações sendo executadas" (E7).*

Ramos Jr (2007) afirma que a área da ST no estado do PR sempre apresentou poucos recursos humanos e a nível nacional, de acordo com o próprio MS em 2015, apenas 43% dos CEREST estaduais e regionais do Brasil apresentavam as equipes mínimas completas conforme preconizado (BRASIL, 2016).

Ademais, devido ao fato de os CEREST-MR estarem inseridos na estrutura das RS da SESA PR, os matriciados desenvolvem ações não apenas na ST, mas também nas outras vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental); os matriciadores do CEST não são apenas apoiadores matriciais, mas desenvolvem trabalhos em outras frentes. Vejamos algumas falas:

*"Eu por exemplo, se envolvesse só nesse matriciamento, é o ideal, mas você não se envolve apenas no matriciamento [...] nós aqui nos envolvemos em muitas ações" (E7);*  
*"A supervisão "in loco" ao CEREST é pontual. Poderia ser uma rotina. Demora tempo para este contato. Deveria ser semestral" (M).*

Foram encontrados, na pesquisa de campo, problemas na formação e no perfil profissional dos trabalhadores que estão atuando na ST do estado, bem como uma indefinição do próprio papel dos CEREST-MR principalmente por parte dos matriciados. Dificuldades de entendimento das atribuições dos CEREST são apontadas por alguns estudos devido ao próprio histórico de alterações das atribuições nos diversos instrumentos normativos da RENAST, bem como pelas dificuldades de integração dos CEREST com os demais pontos de atenção da RAS do SUS (SANTOS E LACAZ, 2011; NEVES, 2013; DIAS et. al., 2010; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010; LEÃO E VASCONCELLOS, 2011).

Outra questão levantada pelos matriciadores é a falta de concepção teórica dos matriciados sobre os pressupostos do campo da ST:



*"Há um outro ponto grave que eu acho que é a falta de concepção crítica da sociedade que vivemos, a gente pode identificar o técnico que ele tem uma formação técnica crítica ao regime em que vivemos, se ele tem uma concepção crítica da saúde coletiva, ele vai realizar as ações, e hoje o que eu vejo, a academia não faz uma discussão desse modelo" (E7) (aqui ela se referia ao modelo capitalista).*

Leão e Vasconcellos (2011) apontam a fragilidade da RENAST em processos formativos de recursos humanos.

Dias, Bertolini e Pimenta (2011) explicam sobre esses problemas encontrados na ST. Afirmam que apesar dos mais de 20 anos de história do SUS há divergências entre o que está normatizado e o que está ocorrendo no cotidiano dos serviços, devido principalmente ao modelo político hegemônico dos interesses do capital, em detrimento dos princípios fundamentais do SUS de universalidade e integralidade. Neste sentido, o campo da ST também faz parte desse processo, cujas dificuldades encontradas neste estudo condizem com outros estudos do campo da ST, inclusive, aponta-se que a ST seja a área mais defasada com relação à implantação dentro do SUS, apesar de estar entre as prioridades do Pacto pela Vida.

### **3 - VIGIASUS como instrumento operacional para as ações de AM na ST do PR**

Observou-se por meio da pesquisa de campo que o VIGIASUS é uma das principais diretrizes que norteiam as ações de AM e/ou o ato de apoiar na ST do PR, além da PNSTT e da PEST, a exemplo da seguinte fala de um dos matriciados quando foram indagados sobre as situações em que solicitam apoio:

*"Planejamento e desenvolvimento de capacitações; avaliações ações e metas do VIGIASUS; avaliação/correções no banco de dados; situações-problema de (in)gestão no município e na regional (subnotificação, municípios silenciosos, ausência de servidores no quadro frente à ocorrência de casos complexo/necessidade de inspeção conjunta, dentre outros)" (M).*

Nesse sentido, os autores deste estudo entendem que o AM pode ser uma potente ferramenta de trabalho para auxiliar no acompanhamento e execução das ações, por parte dos profissionais dos CEREST-MR, os quais, por sua vez, também acompanham e auxiliam os municípios da sua área de abrangência no alcance das metas estabelecidas pelo programa.

Ressalta-se então que o VIGIASUS, além de ser um instrumento operacional para as ações de AM na ST, traz, ao mesmo tempo, um diagnóstico da RENAST no Paraná e os principais pontos críticos a serem trabalhados pelos profissionais do

CEST e CEREST-MR. A fim de divulgar e refletir sobre tal fato, destaca-se as situações mais problemáticas do ponto de vista dos autores deste estudo, e uma breve análise feita a partir da literatura da área da ST, com base nos resultados das ações do VIGIASUS, apresentados na Tabela 1.

Sobre a ação de elaborar um diagnóstico da ST, preconiza-se a sua realização em instrumentos normativos da VISAT desde 1998 (BRASIL, 1998), até os mais atuais, como a própria PNSTT (BRASIL, 2012). Este diagnóstico deve ser utilizado para o Plano de Ação em ST, que visa operacionalizar as determinações da Portaria nº 2.437/05 que regulamenta as atividades da RENAST (BRASIL, 2006a). Ou seja, deve-se questionar os gestores municipais sobre como eles planejam e tomam decisões na ST sem conhecer seu território, de que modo vivem, trabalham e adoecem seus trabalhadores (BRASIL, 2012).

Ainda neste sentido, sobre as notificações dos agravos da ST, encontrou-se 17% dos municípios paranaenses silenciosos, fato que corrobora com o perfil nacional de grande subnotificação dos agravos da ST no SUS (GALDINO, SANTANA E FERRITE, 2012; CORDEIRO et. al., 2006; MACHADO E MINAYO-GOMEZ, 1994; SANTOS E LACAZ, 2011; SANTANA et. al., 2007), prejudicando a visibilidade da problemática e estabelecimento de políticas públicas. As causas da subnotificação são múltiplas, localizadas na definição da relação entre o risco, o agravo e o trabalho, identificação e no registro dos casos, devido principalmente a implicações políticas, jurídicas, conflitos de interesses econômicos, estigma ou negligência de parte de empregadores e profissionais de saúde, entre outros fatores (SANTANA et. al., 2007).

Outra situação muito grave relevada pelo programa são as poucas ações de inspeção nos ramos prioritários para o estado e das investigações dos casos de acidentes de trabalho graves (mutilações, fatais e envolvendo menores de 18 anos), ações essenciais de VISAT para a interrupção das mortes e acidentes relacionados ao trabalho (MACHADO, MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2014). Ademais, o PR tem processos produtivos altamente prejudiciais a saúde e que acometem vários trabalhadores, os quais precisam de uma ação mais efetiva por parte das equipes de vigilância em saúde dos municípios.

Nessa lógica, alguns ramos estão sendo amplamente trabalhados pela SESA PR e pelo CEST, e destaca-se o trabalho rural e o ramo dos frigoríficos: devido ao alto consumo de agrotóxicos no estado e importância do trabalho rural, ações de

VISAT neste sentido servem de exemplo à RENAST por meio de várias ações, principalmente pela elaboração do Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos, a partir de uma pesquisa científica que envolveu universidades e a SESA PR (PARANÁ, 2013; PARANÁ, 2016a; ABRASCO, 2015; BRASIL, 2015b); o estado também apresentou um surto de Brucelose em trabalhadores de frigoríficos em 2013 e desde então vem trabalhando em diversas frentes para quebrar a cadeia de transmissão do agravo a despeito da importância econômica do ramo dos frigoríficos ao estado. Destaca-se a publicação do Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância em Saúde para Brucelose Humana no estado do Paraná, em 2015 (PARANÁ, 2015a) e a criação de um grupo de trabalho para a realização de ações de inspeção em frigoríficos, formado por profissionais dos CEREST.

### **Reflexões sobre a utilização do AM e do VIGIASUS para a gestão da ST no PR visando a implementação da PNSTT e da PEST**

Devido ao processo de qualificação da vigilância em saúde como um todo no estado, por meio das ações preconizadas no VIGIASUS e da implantação do AM no CEST, houve um aumento da demanda, cobrança e complexidade das ações que devem ser desenvolvidas pelos envolvidos. Se acrescentarmos a esta situação, os poucos recursos humanos, problemas de formação e contexto atual do mundo do trabalho (de precarização das condições de trabalho em ramos produtivos prioritários para a economia estadual acidentando ainda mais trabalhadores, a despeito do aumento do número de notificações, por exemplo, que geram mais casos a serem investigados pelas equipes), a situação torna-se preocupante. Contudo, é preciso esclarecer que as ações de ST preconizadas no VIGIASUS não são novidades para o campo da ST do SUS no PR, porém, devido ao fato do estado fazer um incentivo financeiro para a qualificação das mesmas, demandam tempo e profissionais para processos de apoio constante aos municípios.

Perfil semelhante do aumento da complexidade das ações dos profissionais dos CEREST no Brasil, sem os devidos investimentos em recursos humanos e capacitação foi percebido por Neves (2013), em sua tese "De Centro de Reabilitação da CEREST: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do SUS". Ele aponta que o AM "é um importante incremento em termos teóricos e práticos absorvido pela ST e presente na PNSTT"

(NEVES, 2013, p. 8). Esta nova atribuição exige um grau de envolvimento e integração com a RAS do SUS nunca preconizado anteriormente pelo MS, devendo atuar, de fato, de modo interdisciplinar, mudando as formas de trabalho entre CEREST e RAS. Ele avalia também que, entre os anos de 2002 (com a implantação da RENAST), até 2012 (com a publicação da PNSTT), progressivamente, houve um grande aumento das atribuições dos CEREST em termos de quantidade e complexidade das ações. Contudo, este aumento é incompatível com a quantidade de profissionais que os compõem, havendo um conflito entre as atividades prescritas e sua capacidade instalada.

O AM poderia, também, do ponto de vista dos autores deste estudo, ser utilizado pelos profissionais dos CEREST-MR, para uma ação mais efetiva e próxima dos seus municípios, mas isso implicaria, principalmente, na apropriação adequada da ferramenta, por parte do próprio CEST e CEREST-MR, contratação de novos profissionais para a ST em todos os níveis de atenção (nos municípios, nos CEREST-MR e no CEST) e uma capacitação robusta sobre os pressupostos teóricos do campo da ST. Ou seja, os autores entendem que a ST do PR precisa interpenetrar ainda mais na RAS do SUS, com ênfase na APS e nas ações de VISAT, por meio do AM, conforme se preconiza na PNSTT e em outros instrumentos normativos da ST (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2015a; UFMG E MS, 2016), e infere-se que talvez este seja um dos desafios para a concretização das ações de ST contempladas no VIGIASUS e demais normas do MS.

Todo o contexto da APS é interpretado, pelos estudos consultados, como uma oportunidade de atendimento aos trabalhadores, desde o estabelecimento do nexos causal entre patologia e trabalho até o estabelecimento de planos terapêuticos e demais ferramentas do método do AM apresentadas no quadro conceitual 1 e linhas de cuidado no SUS (LACERDA E SILVA et. al., 2014; SANTOS, 2010; DIAS, BERTOLINI E PIMENTA, 2011; SANTOS E LACAZ, 2012; LACAZ et. al. 2013). A APS assumiu papel de destaque na ST a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, e a ST precisa repensar suas práticas (DIAS et. al., 2014).

Mas, é claro que deve ser considerada a grande sobrecarga de trabalho das equipes de APS, não impondo-se mais esta tarefa árdua da ST (SOUZA E VIRGENS, 2013), mas sim discutindo, por meio do AM, sobre o fundamento principal da ST de que todos os usuários do SUS são trabalhadores e que seus processos de adoecimento estão relacionados as suas formas de inserção na estrutura produtiva.

Além disso, as lacunas da atuação da APS em ações de ST decorrem de desafios inerentes ao próprio processo de implementação do SUS como um sistema cuja missão constitucional de interpenetrar as demais políticas públicas de interesse da saúde nem sempre se concretizam na prática (LEÃO E VASCONCELLOS, 2011).

Contudo, na visão dos autores, destaca-se como a principal potência do AM e do VIGIASUS na gestão da ST no PR, de que eles vão de encontro ao que é preconizado pela PNSTT, no sentido de "produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT" (BRASIL, 2012). O AM seria uma tecnologia de intervenção e o VIGIASUS uma tecnologia que sistematizou a avaliação e monitoramento das ações de ST que o Paraná já vinha desenvolvendo no estado por meio das suas ações pactuadas com os municípios. O VIGIASUS revela, também, um diagnóstico da VISAT no estado (diagnóstico da própria RENAST no estado - CEST, CEREST-MR e demais pontos de atenção - tanto na sua capacidade de execução como de retaguarda técnica especializada dentro do campo da ST), com se ele fosse um *dashbord* de indicadores (ou um painel inteligente), pois as informações podem ser transformadas em mapas (mapas por município, RS e território do CEREST-MR da SESA PR), auxiliando no planejamento estadual das ações.

Corroborando com esses instrumentos de gestão utilizados no estado, estudo de Jaques, Milanez e Mattos (2012) apontam a necessidade da criação de mecanismos de monitoramento das ações dos CEREST pois, por estarem inscritos no SUS, estes equipamentos compartilham o desafio de garantir a viabilidade e a sustentabilidade social, política e econômica do SUS, demonstrando seu desempenho na atenção à população, o que pode ser feito a partir de um sistema de avaliação que "pressupõe o conhecimento e o monitoramento dos processos e resultados, além da disponibilidade de informações confiáveis, atualizadas e pertinentes" (JACQUES, MILANEZ E MATTOS, 2012, p.370).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apresentou-se nesse estudo duas experiências de gestão do processo de trabalho da ST dentro da SESA PR, conforme preconizado pelos instrumentos normativos do MS, a saber, a implantação do AM entre os CEREST e o VIGIASUS. São experiências relativamente recentes no contexto estadual, mas que já estão

sendo utilizadas para a implementação de melhorias constantes no processo de trabalho. Por meio do AM foi possível estabelecer uma relação de troca de experiências, diretrizes de ações e diálogo direto entre a equipe que faz a gestão da ST no PR (CEST) e equipes que apoiam a gestão descentralizada nas 22 RS da SESA (CEREST-MR). O estabelecimento de profissionais de referência, no contexto estudado, proporcionou um maior vínculo entre os envolvidos e apropriação do território, por parte dos matriciadores. Os matriciados envolvidos destacaram que a atuação dos seus matriciadores lhes proporcionou certa simetria de execução de ações dentro do território do estado, resguardadas as peculiaridades de cada área de abrangência dos CEREST-MR. O Programa VIGIASUS proporcionou às equipes dos CEREST uma metodologia de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos municípios, além de incentivo financeiro para o seu desenvolvimento.

Os principais entraves para ambas ferramentas são os mesmos: poucos recursos humanos e falta de aprofundamento teórico dos profissionais que atuam na ST do estado, em todos os níveis de gestão, a saber, municipal, das RS e da SESA PR. Apesar do fato de que 97% dos profissionais desse estudo são servidores públicos, fato que não é encontrado no contexto dos municípios, há certa rotatividade desses profissionais e acúmulo de funções, dificultando os processos formativos. Estas dificuldades são as mesmas encontradas em outros estudos do campo da ST no SUS no Brasil, que perpassam os entraves impostos pelo modelo econômico atual (capitalismo), que impede que políticas sociais avancem para proporcionar melhores condições de trabalho, conseqüentemente, de vida e saúde dos trabalhadores.

Destaca-se como principal limite desse estudo a impossibilidade de verificar a percepção de outros dois importantes atores sociais envolvidos na ST: primeiro, dos usuários do SUS, ou seja, dos trabalhadores e das suas instâncias de Controle Social, como por exemplo, da Comissão Intersectorial de ST (CIST), do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, na avaliação das ações de AM e do VIGIASUS desenvolvidas no estado; segundo, dos profissionais de saúde dos demais pontos de atenção da RAS do SUS, com ênfase na APS, para saber se eles conseguem perceber se estão ocorrendo mudanças nos seus processos de trabalho ou até mesmo implementação de melhorias relacionadas à injeção de recursos financeiros

para as ações de vigilância em saúde, que devem ser aplicadas pelos gestores, através do repasse financeiro do governo do estado.

## **REFERÊNCIAS**

Ver Referências da Dissertação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral de Compreender as ações de AM em ST no âmbito da SESA PR, sob a perspectiva de quem apoia, de quem é apoiado e do gestor, refletindo sobre os desafios e potencialidades desta estratégia de trabalho para a efetivação da PNSTT e da PEST foi analisado por meio da produção de três artigos que aprofundaram os objetivos específicos da pesquisa, a saber:

- Conhecer e descrever o estado da arte do AM em ST por meio de uma Revisão Integrativa da literatura: Objetivo respondido no Artigo 1; Observou-se a novidade da temática e poucos subsídios teóricos do MS para o desenvolvimento do AM na ST, contudo, encontrou-se experiências práticas de aplicação do AM substancialmente no contexto da APS;
- Identificar e descrever as ações de Matriciamento em ST desenvolvidas no Paraná: Objetivo respondido nos Artigos 2 e 3; Foi possível identificar as ofertas e demandas do ato de apoiar na ST do Paraná, entendendo que as ofertas se relacionam com as principais diretrizes da ST do MS e da SESA PR e as demandas dos matriciados organizam-se em torno das ações do programa VIGIASUS; por meio do terceiro artigo, pretendeu-se também apresentar e discutir o diagnóstico da ST no estado a partir das ações do VIGIASUS e sua interface com o AM;
- Descrever o processo de implantação do AM na ST do PR na perspectiva dos envolvidos (matriciadores, gestor e matriciados): Objetivo respondido no Artigo 2; A implantação envolveu um contexto específico da ST no estado (de fortalecimento dos CEREST-MR), mas que estava em consonância com um movimento do MS de tentar institucionalizar o AM na ST a fim de fortalecer, principalmente, as ações de ST na APS;
- Apreender o entendimento dos envolvidos a respeito deste processo de trabalho, refletindo sobre as suas dificuldades e potencialidades para a efetivação da PNSTT e da PEST: Objetivo respondido por meio do Artigo 2, em que se apresentou as categorias de análise que emergiram da pesquisa de campo, os quais serão resumidamente retomados a seguir.

Em um contexto nacional, a temática do AM como uma nova atribuição dos CEREST vem sendo discutida, principalmente, pela área técnica da ST do MS e



alguns estudos acadêmicos visando, principalmente, o fortalecimento da ST na RAS do SUS, em especial na APS. Sob influência do novo modelo de atenção a saúde no SUS, com base no papel da APS de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, o modelo da RENAST e função dos CEREST precisou ser revisto, assumindo, então, o papel de retaguarda especializada para as ações de ST. Para a APS, o AM foi apontado como principal estratégia da incorporação da cultura da centralidade do trabalho no processo saúde-doença das coletividades, por meio da PNSTT. Os pressupostos teóricos do AM utilizados pelo MS são de Gastão Wagner e colaboradores, inscritos no Método Paidéia, cuja aplicação reside na transformação das formas de gestão dos processos de trabalho entre profissionais do SUS, por meio do protagonismo dos próprios profissionais, de forma semelhante ao Movimento Operário Italiano. A função “apoio” do método, para além da terminologia adotada e ressaltadas suas aplicações (AM, AI, clínica ampliada e compartilhada) é a principal potência do Método Paidéia nas diversas áreas do SUS, em destaque, a ST.<sup>21</sup>

Enfatiza-se uma das autoras que auxiliou nessa compreensão da metodologia “apoio” na ST, Elizabeth Costa Dias, em cujos trabalhos foi possível obter maiores subsídios técnicos a partir das experiências de trabalhos entre CEREST e APS. Isso porque, os documentos oficiais do MS, tais como a própria PNSTT, os manuais de Gestão de RENAST, as diretrizes para as ações de VISAT, entre outros, não apresentavam maiores subsídios sobre a temática. Aproveitando, registro meu agradecimento a ambos os autores (Gastão Wagner de Souza e Elizabeth Costa Dias), os quais, por meio da troca de e-mails, me auxiliaram na elucidação de dúvidas e, inclusive pelo compartilhamento de um texto de apoio.

No contexto deste estudo, o AM inscreve-se como uma forma de gestão da política nacional e estadual da ST, por meio do estabelecimento de Referências Técnicas em ST. O desafio que se apresentava no final de 2011 e início de 2012, era como os profissionais do CEST deveriam desenvolver a gestão das ações de ST de forma uniforme, mas considerando as peculiaridades dos territórios de saúde, a partir da publicação da PEST, no estado, e da PNSTT, no Brasil. Lembrando, que a

---

<sup>21</sup> Conversei por email com uma das principais pesquisadoras da área da ST, Elizabeth Costa Dias. Ela referiu que prefere utilizar a terminologia de **suporte institucional, técnico e pedagógico**, ao invés de AM, por ser mais ampla, e eu concordo com ela. Porém, preferi manter o uso do termo AM, pois penso que este foi o objeto que definiu o tema desta pesquisa e o que define os matriciadores do CEST.

PNSTT reforçou o papel de AM dos CEREST para a RAS do SUS. Ou seja, o estado e o Brasil estavam estruturando uma mesma linguagem para a ST, resgatando os pressupostos teóricos do campo, reforçando responsabilidades e metas para a efetivação da atenção integral a saúde dos trabalhadores no SUS, fato que ainda não vinha ocorrendo de forma adequada, conforme apontam os estudos consultados.

Percebeu-se por meio da pesquisa de campo, que o ato de apoiar matricialmente na ST no contexto estadual estava totalmente relacionada à forma de implantação no serviço e em qual contexto isso ocorreu: os envolvidos perceberam que não houve um aprofundamento teórico sobre o novo método e que as dificuldades do campo da ST no SUS eram gritantes, influenciando sobremaneira nos seus processos de trabalho. Assim, observei que cada um dos matriciadores foi trabalhando com os seus matriciados da melhor maneira possível, dentro de suas possibilidades e conhecimentos. A ação de AM ficou restrita às relações interprofissionais de trocas de experiências e de diretrizes entre matriciadores e matriciados, sem outros espaços de cogestão apontados na teoria do Método Paidéia, de forma institucional.

As dificuldades que foram encontradas, no contexto estadual, estão relacionadas à própria organização da ST no âmbito da SESA PR e do SUS no Brasil, tais como poucos recursos humanos, sobrecarga de trabalho e perfil profissional dos técnicos da ST. Ademais, há os entraves da própria estrutura econômica e social no Brasil que, em decorrência do capitalismo, os trabalhadores têm sua vida consumida pelo trabalho, ao trabalharem em péssimas condições, em detrimento da manutenção das taxas de lucro, influenciando, inclusive, o aparelho do estado de seguridade social e garantia de direitos, nele incluído o SUS.

Apesar das várias dificuldades, percebeu-se como potencialidades da implantação do AM na ST do PR, dentro das relações de trabalho, o caráter motivador do método, no sentido de ter alguém de fora do grupo trazendo sempre novas ofertas e sobre a mudança no processo de trabalho entre CEST e CEREST-MR, no estabelecimento do contato personificado com um profissional de referência. Em decorrência disso houve uma maior criação de vínculo entre os envolvidos e, por consequência, a apropriação das características daquele território de referência.

A partir desta relação, houve uma maior responsabilização nas questões da ST naquele território. Com esta aproximação entre matriciadores e matriciados

houve também um ganho pessoal relatado pelos matriciadores, no sentido de poder desenvolver seu trabalho de forma mais autônoma e de ampliar seu conhecimento na área, pois, partindo do pressuposto que o AM vêm para organizar a gestão da ST no estado, fazia-se importante, então, conhecer as diretrizes do campo da ST no SUS e seus pressupostos teóricos.

Uma especificidade do PR, dentro da ST, é o VIGIASUS, um dos programas prioritários da SESA PR, que traz as principais diretrizes que norteiam as ações de AM e/ou o ato de apoiar na ST do PR. As ações de ST contidas no VIGIASUS não são novidades para o estado, mas exigem uma nova organização do processo de trabalho de apoio aos municípios. Ademais, a partir de uma gestão organizada da ST, com uma mesma linguagem e linha de ação, torna-se mais fácil a incorporação das ações de ST no SUS daquele território. Ou seja, por meio da pesquisa de campo foi possível entender que a ST do PR têm objetivos e metas muito bem definidas.

Contudo, há entraves históricos no SUS no campo da ST que impedem a concretização das ações no SUS. Este fato precisou ficar bem claro para eu conseguir superar os desafios encontrados no contexto do estudo e vislumbrar as potencialidades do AM na nossa realidade, e pensar em sugestões ao serviço. Além disso, é preciso ressaltar o importante trabalho dos técnicos da ST do estado, cujos esforços para avançar em suas práticas em meio à realidade que se apresenta, é louvável.

Este estudo não pretendeu esgotar o assunto, nem apontar o AM como solução dos problemas da ST no SUS, mas evidenciar suas potencialidades para o campo, por meio da compreensão das suas formas de trabalho de apoio para o desenvolvimento das ações de ST no SUS, a partir de uma experiência estadual. Também, é importante reconhecer as limitações do próprio AM na ST, principalmente no que diz respeito às precárias condições de trabalho dos profissionais dos CEREST e da RAS da SUS, que podem compreender o AM como mais uma função às suas atribuladas agendas. O próprio ato de apoiar, em si, já traz dúvidas e angústias devido a sua complexidade de ações, de ter que apoiar outros profissionais de realidades, conhecimento e posturas diversos.

Ademais, o AM está inscrito nas relações de trabalho entre profissionais de saúde, não conseguindo atingir questões maiores, que circunscrevem e perpassam as relações de trabalho no SUS (para além da precarização do trabalho em saúde;

garantia dos interesses do capital em mascarar a real causa do adoecimento da população; subserviência dos demais serviços públicos de garantias de direitos; o real papel dos serviços de saúde que se apresenta no sentido de "consertar" o corpo do trabalhador para o retorno imediato ao trabalho; baixo financiamento e reconhecimento das questões inerentes ao campo da ST, entre outros).

Sendo assim, apresento algumas reflexões e sugestões para auxiliar nas dificuldades encontradas, dentro do âmbito das relações interprofissionais em saúde, envolvendo profissionais de diversas formações em prol de um objetivo em comum, a atenção integral a ST:

- Instituir um processo “Supervisão – Apoio” (Oliveira, 2011) para os apoiadores matriciais do CEST, com um profissional apoiador de fora da instituição, visando à troca de vivências entre os apoiadores e fortalecimento da função “apoio” dentro do contexto da ST no PR;
- Instituir espaços de cogestão protegidos, envolvendo matriciadores, matriciados e demais atores sociais da ST, tais como o controle social e sindicatos de trabalhadores, a fim de apresentar e discutir as dificuldades do campo da ST no PR, a fim de encontrar soluções que minimizem seus entraves e adoecimento dos trabalhadores paranaenses;
- Instituir um grupo de estudos permanente com os atores sociais envolvidos sobre os pressupostos do campo da ST e do AM: neste momento de finalização desta dissertação, em meados de Junho de 2017, encerra-se o Curso de Especialização em Ecologia Humana e ST, promovido pela SESA PR em parceria com o CEST e a FIOCRUZ. Seria interessante dar continuidade ao processo formativo em ST no estado, nos moldes de um curso Básico em ST promovido pelo CEST em 2013, aproveitando o mote desta pesquisa, no sentido de um diagnóstico da ST no estado, para promover discussões sobre a temática.

O desafio que se apresenta, a seguir, à pesquisadora, é trazer a discussão ao serviço e, por fazer parte dele, refletir sobre melhorias no processo de trabalho entre CEST e CEREST-MR, e ir além, refletir sobre a conjuntura do campo da ST no SUS e tentar romper ou, ao menos tencionar suas barreiras. Destaca-se como principal limite desse estudo a impossibilidade de verificar a percepção de outros dois

importantes atores sociais envolvidos na ST: primeiro, dos usuários do SUS, ou seja, dos trabalhadores e das suas instâncias de Controle Social, como por exemplo, da CIST, do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, na avaliação das ações de AM desenvolvidas no estado; segundo, dos profissionais de saúde dos demais pontos de atenção da RAS do SUS, com ênfase na APS, para saber se eles estão compreendendo as diretrizes da ST no PR.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. 624p.

ALBERTINI, S. E. **Metamorfoses do fórum popular em saúde – FOPS: participação política de saúde – Curitiba-PR, 1991/2001**. 2002. 122f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Serviço Social/ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez 2014.

ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, vol. 18, p. 26-36, supl., 2009.

BAHIA. Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador (CCVISAT). Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Boletim epidemiológico acidentes de trabalho. **Acidentes de trabalho fatais no Brasil 2000-2010**. Edição nº1, ano 1. Abril/2011. Disponível em: <<http://ccvisat.wixsite.com/pisat>>. Acesso em 28 de Outubro.

\_\_\_\_\_. Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador (CCVISAT). Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Boletim epidemiológico acidentes de trabalho. **Acidentes de trabalho não fatais no Brasil 2000-2010**. Edição nº1, ano 1. Julho/2011. Disponível em: <<http://ccvisat.wixsite.com/pisat>>. Acesso em 28 de Outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador (CCVISAT). Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). **Base de dados de casuísticas do SINAN**. Disponível em: <<http://ccvisat.wixsite.com/pisat/bases-de-dados-sinan>>. Acesso em 28 de Outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 2º ed. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120 de 1º de Julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., p. 60, 14 de Julho de 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1.339 de 18 de Novembro de 1999. Disponível em: <[www.jusbrasil.com.br](http://www.jusbrasil.com.br)>. Acesso em 22 de Novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1.679 de 19 de Setembro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., p. 53, 20 de Setembro de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777 de 28 de Abril de 2004**. Disponível em: [bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777\\_28\\_04\\_2004.html](http://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html). Acesso em 12 de Junho de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437 de 07 de Dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., p. 78, 9 de dezembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 2.728 de 11 de Novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., nº 216, p. 76, 12 de novembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3252 de 22 de dezembro de 2009**. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252\\_22\\_12\\_2009\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html). Acesso em 12 de Junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores (COSAT). **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1ª edição – 2006. São Paulo, 2006. 84p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Normas e Rotinas**. 2ª ed. Brasília: 2007. p. 67.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da RENAST, 2008-2009**. Maio de 2011. Disponível em: <[goo.gl/qzLluO](http://goo.gl/qzLluO)>. Acesso em 09 de Setembro de 2015. (a).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p, 88, seção 1, 31 de Dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 165, p. 46, 24 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **2º inventário de ST, 2010-2011: Acompanhamento da RENAST, 2010-2011**. Brasília/DF: Setembro de 2013. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>>. Acesso em 06 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília, 2014. (a). Documento Eletrônico. Disponível em:

<<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus>>. Acesso em 22 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informe de Saúde do Trabalhador. Acompanhamento das Notificações de Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalho Notificados no SINAN**. Brasília, 18 de Dezembro de 2014. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/informe-saude-trabalhador-notificacoes-agravos-relacionados-trabalho-2007-2014>>. Acesso em 02 de Março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social e Emprego. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS). **Infologo. Acidentes de Trabalho**. 2014. Disponível em: [www3.dataprev.gov.br](http://www3.dataprev.gov.br). Acesso em 01 de Agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual da Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador - RENAST**. Versão Preliminar. Documento em Consulta Pública. 2015. Disponível em: <[www.saude.gov.br/consultapublica](http://www.saude.gov.br/consultapublica)>. Acesso dia 09 de Setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014, uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: MS, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Relatório Final. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da RENAST 2016**: Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. Brasília/DF: 2016. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relat-rio-renast-2016>>. Acesso em 12 de Abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de Fevereiro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., nº 32, p. 23, 18 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 205 de 17 de Fevereiro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF., nº 32, p. 24, 18 de fevereiro de 2016.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. **Indicadores Epidemiológicos: Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em 24 de Outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 328, de 07 de Março de 2016. **Diário Oficial da União**, seção 1, nº 46 de 9 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. **Indicadores Epidemiológicos: Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em 2 de Março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/pqavs>>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2017.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: Ciência Emancipatória e Interculturalidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, 317 p.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Saúde na Sociedade: Guia Pedagógico sobre um novo enfoque do Método Epidemiológico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

CAMPOS, G. W. S. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 14, nº 4, p. 863-870, out/dez de 1998.

\_\_\_\_\_. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2): 393-403, 1999.

\_\_\_\_\_. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho Educação Saúde**. vol. 4, nº 1, p.19-32, RJ, Maio de 2006.

\_\_\_\_\_. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, nº 15, vol. 5, p. 2337-2344. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, nº2, p. 399-407, fev. de 2007.

CAMPOS, G. W. S. et. al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

32832014000500983&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de Fevereiro de 2017.

CAMPOS, G. W. S., CUNHA, G. T., FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paidéia apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. 402 p.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, nº 38, vol. 127, p.11-30. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/11.pdf>>. Acesso em 09 de Setembro de 2015.

CORDEIRO, R. et. al. Incidência de acidentes de trabalho não fatais em localidade do sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, nº 2, p. 387-393, fev/2006.

CORREA, R. C.; LOPES, J. L.; PONTILI, R. M. O mercado de trabalho informal no Paraná numa trajetória de “10” anos e as características socioeconômicas desses trabalhadores nos dias de hoje. 2009. IN: **V Encontro Paranaense de Pesquisa e Extensão em Ciências Sociais Aplicadas e VIII Seminário do Centro de Ciências Sociais Aplicadas de Cascavel**. Disponível em: [http://www.fecilcam.br/nupem/anais\\_iv\\_epct/PDF/ciencias\\_sociais/11\\_CORREA\\_LO\\_PES.pdf](http://www.fecilcam.br/nupem/anais_iv_epct/PDF/ciencias_sociais/11_CORREA_LO_PES.pdf)>. Acesso em 22 de Maio de 2017.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, Maio 2016.

CENTRO METROPOLITANO DE APOIO À SAÚDE DO TRABALHADOR (CEMAST). Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Boletim Informativo: A Saúde do trabalhador no SUS – PR**. Curitiba, ano 1, nº 001, Outubro de 1997. Mimeo.

CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. (CEST). **Avaliação dos CEREST's no Estado do Paraná**: utilizando a matriz de avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família, modificado para a saúde do trabalhador. 2010. (a). Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/paginas/RC%204.%20Paran%C3%A1.pdf>>. Acesso em 13 de Maio de 2017.

\_\_\_\_\_. **Mapa da organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. 2010. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Política Estadual de Saúde do Trabalhador: Implementação da Rede Atenção Integral de Saúde do Trabalhador no Paraná**. 2011.(a). Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Roteiro para atuação das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador (RT-ST) nos CEREST/Núcleos Regionais**. 2011.(b). Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Avanços na ST do Paraná - Destaques dos anos 2011-2014**. 2014. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica 001/2014.** Notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao trabalho. 2014. Não publicado.

\_\_\_\_\_. Notificações dos Agravos da Saúde do Trabalhador. Dados enviados pelo Ministério da Saúde para o e-mail do CEST. 2016. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **II Encontro Estadual dos Comitês Regionais de Investigação de Óbitos e Amputações relacionados ao trabalho do Paraná.** 2017. Não publicado.

COSTA, D. et. al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, vol. 38, nº 127, p.11-30, 2013.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, nº 38, vol. 127, p.11-30. 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG. e DEMO**, Marília, vol. 11, nº 1, pág. 31-46, jan./jun., 2010.

\_\_\_\_\_. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, nº 4, vol. 20, p. 961-970. 2011.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.** vol. 38, nº. 127, p. 25-27. 2013.

DALDON, M. T. B.; LACMAN, S. Vigilância em ST - rumos e incertezas. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, nº 38, vol. 127, p. 92-106. 2013.

DIAS, E. C. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos CEREST, 2002-2007. **Rev. Med. Minas Gerais**, nº. 20, vol. 2, supl. 2, p. 66-74, 2010.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.** nº 38, vol. 127, p. 31-43. 2013.

\_\_\_\_\_. (org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas.** Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 404p.

DIAS, E. C. et. al. As ações de saúde do trabalhador no SUS. Capítulo 2. IN: MATTOS, R.; DIAS, E. C. (org.). **Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana:** caderno do aluno. Rio de Janeiro: RJ: EAD/ENSP, 2012.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; VASCONCELOS, S. W. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a estratégia da RENAST. Capítulo 9. IN: MATTOS, R.; DIAS, E. C. (org.). **Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana:** caderno do aluno. Rio de Janeiro: RJ: EAD/ENSP, 2012.

DIAS, E. C. **Papel, metodologia e instrumentos de atuação dos CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para o matriciamento às eAb/eSF para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador, com ênfase na VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador, considerando o processo de trabalho da Atenção Básica.** Belo Horizonte. Fevereiro, 2016. Documento Técnico. Enviado por email pela autora em 11 de abril de 2016. Não publicado.

DIAS, M. D. A. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. bras. saúde ocup.** nº 38, vol. 127, p. 69-80. 2013.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.** nº 38, vol. 127, p. 31-43. 2013.

DIAS, E. C.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do Trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. saúde** (online). 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 de Setembro de 2016.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, nº 10, v. 4, p. 817-828, 2005.

DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde.** 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 87 p. Campinas, 2006.

FACHINNI, L. A.; WEIDERPASS, E.; TOMASI, E. Modelo Operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. **Rev. Saúde publ.** São Paulo, vol. 25, n.º 5, p. 394-400, 1991.

FALLEIROS, L. M. (org). **Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática 1ª.** EDIÇÃO Porto Alegre, 2014. 263p.

FUNDACENTRO. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013:** comparação entre dados selecionados na Pesquisa Nacional do IBGE(PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/>>. Acesso em 28 de Outubro de 2016.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. O Apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.931-943, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0931.pdf>> Acesso em 22 de Maio de 2017.

FRANCO, M. L. P. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 4ª ed. Liber Livro, 2012. 96p.

GARCIA, J. C. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. SP: Ed. Cortez, 1989, p. 100-103.

GALDINO, A.; SANTANA, V.S. FERRITE, V. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 28, nº 1, p. 145-159, jan. 2012.

GUTIÉRREZ, A. C. **Núcleo de apoio à saúde da família do Território Escola Manguinhos: análise sob a perspectiva do apoio matricial**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Campinas, SP : [s.n.], 2014.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. IPARDES. **Emprego formal, declarados no CAGED, segundo movimentação, sexo e os municípios do Paraná** - 2015. Anuário Estatístico do Estado do Paraná. 2015. (a). Disponível em: <[http://www.ipardes.pr.gov.br/anuario\\_2015/index.html](http://www.ipardes.pr.gov.br/anuario_2015/index.html)>. Acesso em 13 de Maio de 2017.

\_\_\_\_\_. **Estabelecimentos de Saúde, por tipo de estabelecimento, segundo municípios do Paraná - Dezembro de 2015**. Anuário Estatístico do Estado do Paraná. 2015. Disponível em: <[http://www.ipardes.pr.gov.br/anuario\\_2015/index.html](http://www.ipardes.pr.gov.br/anuario_2015/index.html)>. Acesso em 13 de Maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Paraná em Números. Disponível em: <[www.ipardes.pr.gov.br/pr\\_numeros/index\\_pr\\_numeros\\_pt.htm](http://www.ipardes.pr.gov.br/pr_numeros/index_pr_numeros_pt.htm)>. Acesso em 19 de Maio de 2017.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. C. O. C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-378, 2012.

JORGE, M. S. B. et. al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, nº 16, vol. 2, pág. 63-74. Maio/Ago. 2014.

KLEIN, A. P.; OLIVEIRA, A. F. P. L. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, nº 33, vol. 1, 2017.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, nº 4, p. 757-766, Abril de 2007.

\_\_\_\_\_. Diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde/doença. O campo da saúde do trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In: PAIM, J.

S.; ALMEIDA-FILHO, A. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. P. L. Saúde do Trabalhador, hoje: revisitando atores sociais. **Rev. Médica de Minas Gerais**, vol.20, nº2, supl.2, abril a junho de 2010, S5-S12.

LACAZ, F. A. C. et. al. **Estratégia Saúde da Família: um diálogo possível?** Interface (Botucatu). 17 (44): 75-87, 2013.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A. C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, nº 3, p. 769-778, 2013.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, nº 20, vol. 1, p. 85-100, jan-mar 2011.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio Matricial como ferramenta de articulação entre saúde mental e a atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, n.21, vol. 2, p. 224-232, Rio de Janeiro, 2013.

MATTOS, T. C. **A função apoio e a gestão estadual: entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras - cartografias da saúde no Rio de Janeiro**. 2013. 177p. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2013.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro I: O Processo de Produção do Capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINOZZO, F. Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. 2011. Dissertação. Universidade de Brasília. 132 f.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, nº10, supl.1, p. 74-87, 1994.

MAGNANI, J. G. O velho e bom caderno de campo. **Revista Sexta Feira**, n. 1, p. 8-12, maio 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a06.pdf>>. Acesso em 26 de Novembro de 2015.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, vol. 25, nº 5, p. 341-9, 1991.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Construindo**

**ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde.** Belo Horizonte, 2011. 160 p.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em saúde. 9 ed. Editora Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, vol. 13, supl.2, p. 21-32, 1997.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, vol. 10, nº 4, p.797-807.

MINAYO-GOMES, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. Brás. Saúde Ocup.**, São Paulo, nº 38, vol. 127, p. 11-30, 2013.

NAVARRO, A. P. B.; VEIGA, G. O.; LEAL, M. C. S. L.; ALBERTINI, S. E.; SIGNORELLI, M. C. Organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Série Histórica das Notificações dos Agravos de Saúde do Trabalhador do Paraná (2010-2014). In: I SIMPÓSIO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL, 29 a 30 de Outubro de 2015. **Anais.** Matinhos: UFPR Litoral - PR, p. 285- 289.

NARDI, H. C. **Saúde, Trabalho e Discurso Médico.** 1ª ed. São Leopoldo: Editora da UNISINOS, 1999. v. 01.140 p.

\_\_\_\_\_. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, C. R. A. (Org.). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul:** realidade, pesquisa e intervenção. 1ª ed. Porto Alegre, 2004, v. 1, p. 43-64.

NEVES, I. R. **De Centro de Reabilitação a Cerest: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul.** 2013. 282 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **O capitalismo contemporâneo.** Capítulo 9. IN: NETTO, J. P.; BRAZ, M. (2006). Economia Política: Uma Introdução Crítica. São Paulo, Ed. Cortez.

OLIVEIRA, G. N. **Devir Apoiador:** uma cartografia da função apoio. 2011. 169p. Tese. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Código de Saúde do Paraná.** Curitiba: SESA, 2004. 245p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011** (Versão aprovada no CES – 25.09.08). 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná**. Curitiba, 2011. 79 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. **Protocolo de avaliação das intoxicações crônicas por agrotóxicos**. Curitiba, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba, 2013. 220p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde. **Relatório Final. 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Paraná - Marcelo Montanha**. Curitiba, Paraná, 06, 07 e 08 de Junho de 2014. Disponível em: [www.conselho.saude.pr.gov.br](http://www.conselho.saude.pr.gov.br). Acesso em 09 de Maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. **VIGIASUS - Avaliação das ações de 2013**. Planilha de Dados. 2014. Não Publicado.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância em Saúde para Brucelose Humana**. 1 ed. Curitiba: SESA, 2015.(a) 70p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. **VIGIASUS - Avaliação das ações de 2014**. Planilha de Dados. 2015.(b). Não Publicado.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016 – 2019**. Curitiba: SESA, 2016.(a). 200p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Vacina da Dengue: Perguntas e respostas**. 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3128>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Brucelose Humana**. IN: 235ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. 2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=282>. Acesso em 25 de Abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. **VIGIASUS - Avaliação das ações de 2015**. Planilha de Dados. 2016. Não Publicado.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Detalhado do Quadrimestre: 3º Quadrimestre e acumulado 2015**. Versão preliminar enviada ao CES, em 12 de fevereiro de 2016.(e). Disponível em:



<<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=149>>. Acesso em 13 de Maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Relatório Anual de Gestão - 2016 (RAG)**. Curitiba, 2017. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2016/Relatorio\\_Anual\\_de\\_Gestao\\_2016.pdf](http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2016/Relatorio_Anual_de_Gestao_2016.pdf)>. Acesso em 22 de Maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. **VIGIASUS - Avaliação das ações de 2016**. Planilha de Dados. 2017.(b). Não Publicado.

PENA, P. G. L. et. al. O trabalho e suas articulações com a saúde: mas, afinal, o que é trabalho? Capítulo 3. IN: MATTOS, R.; DIAS, E. C. **Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana**: caderno do aluno. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ ENSP, 2012. 460 p.

PINTO, N. F. Vigilância dos acidentes graves e fatais relacionados ao trabalho no Paraná. Artigo 6. IN: PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Caderno Temático de Vigilância de violências e acidentes no Paraná**. Superintendência de Vigilância em Saúde. Curitiba: SESA/SVS, 2014.

PINTO, N. F. **Mortalidade por acidente de trabalho no Paraná, 2006 a 2012**. Monografia. Universidade Federal da Bahia. Curso de Especialização em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador. 11p. 2014. Não Publicado.

RAMOS JR, A. J. **A formação de um intelectual coletivo: um estudo sobre o percurso dos militantes na construção da saúde do trabalhador no Paraná**. 2007. 233f. Tese (doutorado). Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2007.

SANTOS, A. P. L. **Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo**. 2010. Tese. UNIFESP, São Paulo, 2010.

SANTOS, A. P.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. IN: MINAYO-GOMEZ, C. (org). **Saúde do Trabalhador na Sociedade brasileira contemporânea**. RJ: Ed. FIOCRUZ, 2011.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. **Ciência e Saúde Col.**, vol. 17, nº 5, p.1143-1150, 2012.

SANTANA, et. al. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 23, vol. 11, p. 2643-2652, Nov. 2007.

SILVA, T. L. et. al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface Comunicação Saúde Educação (Botucatu)**. vol. 18, nº 49. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200273&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200273&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 de Maio de 2017.

SILVA, T. L. ; DIAS, E. C. Desafios e possibilidades do apoio matricial às equipes da atenção primária para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador. IN: DIAS, E. C.; SILVA, T. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 404p.

SKAMVETSAKIS, A. Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador. **Boletim da Saúde**, vol. 20, n. 2, p. 158-165. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1386/gestao-compartilhada-e-humanizacao-em-saude-do-trabalhador>>. Acesso em 22 de Maio de 2017.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 38, n. 128, p. 292-301, Dec. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte, Julho, 2010. Disponível em: <[http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS\\_documento%20conceitual.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ST-APS_documento%20conceitual.pdf)>. Acesso em 09 de Setembro de 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a VISAT na atenção básica**. Projeto 20381 – Cooperação CGSAT-DSAST-SVS-MS Chamamento Público nº1/2012. Belo Horizonte, Maio de 2016. Não Publicado. Documento enviado ao CEST pelo Ministério da Saúde.

VASCONCELOS, L. C. F.; MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, nº 12, p. 4617-4626, 2014.

VILAS BOAS, S. W. Apresentação do Manual da RENAST. IN: **V Encontro Nacional da RENAST**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 23 e 24 de junho de 2010. CGSAT/DSAST/SVS/MS. Disponível em: <[http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Apresentacao%20do%20Manual%20de%20Gestao%20da%20Renast\\_Soraya%20Wingester%20Vila%20Boas\\_27-09-11.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Apresentacao%20do%20Manual%20de%20Gestao%20da%20Renast_Soraya%20Wingester%20Vila%20Boas_27-09-11.pdf)>. Acesso em 22 de Maio de 2017.

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS E GESTOR DO CEST

Eu, Amanda de Paula Boni Navarro, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você, profissional de saúde da SESA PR/ CEST, a participar de um estudo intitulado Matriciamento em Saúde do Trabalhador: A experiência do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná.

Esta pesquisa é importante, pois por meio do Matriciamento em Saúde do trabalhador, é possível intensificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, em todos os âmbitos do SUS, a fim de se diminuir o adoecimento e mortes relacionadas ao trabalho.

O Matriciamento ou Apoio Matricial significa resumidamente a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. São profissionais especialistas cujo núcleo de conhecimento pode ser diferente daquele dos profissionais das equipes de referência, mas que se complementam, somando recursos para a resolução de problemas. Tal metodologia de trabalho foi proposta pelo Médico e Professor Gastão Wagner de Souza Campos, desde a década de 1990, em diversos trabalhos publicados.

Assim, o objetivo desta pesquisa é Compreender as ações de Matriciamento em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos profissionais do CEST e recebidas pelos profissionais de saúde das 22 Regionais de Saúde da SESA PR.

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário que você responda a algumas perguntas abertas em uma entrevista individual que será gravada e posteriormente transcrita, que acontecerá no seu próprio local de trabalho, em data e horário agendados previamente, conforme a sua disponibilidade. Esta atividade terá a duração aproximada de 1 hora.

Posteriormente a entrevista, em outro dia agendado, você será convidado a participar de uma atividade em grupo chamada Grupo Focal, na qual todos os matriciadores do CEST (com exceção do gestor local) irão discutir em grupo sobre este processo de trabalho. Esta atividade será filmada e terá a duração aproximada de 1 hora.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal:  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:  
Orientador:

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 1432/334  
na data de 17/02/2016

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |  
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao fato de estar respondendo a perguntas referentes ao seu processo de trabalho para uma colega de trabalho, gerando um certo constrangimento ao longo da pesquisa. Por isso você pode solicitar a interrupção da atividade a qualquer momento, bem como desistir da mesma.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprimorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde que trabalham na Saúde do Trabalhador, por meio da discussão sobre o Matriciamento em Saúde do Trabalhador. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. Após a finalização da pesquisa, os resultados do estudo serão apresentados a todos os envolvidos em uma reunião promovida pela pesquisadora.

A pesquisadora Amanda, responsável por este estudo poderá ser localizada no CEST, na Rua Barão do Rio Branco, nº 840, no centro de Curitiba, no telefone 32221225, no email amanda.navarro@sesa.pr.gov.br, em horário comercial, de segunda a sexta, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como a própria pesquisadora e seu orientador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. No caso do gestor do CEST**, seu nome e sua função não serão mencionados, de modo que você entrará como um dos profissionais no grupo do CEST. Também, não serão mencionadas separadamente suas respostas, de modo a não identificar suas opiniões e posicionamentos. Os materiais obtidos por meio das entrevistas e do grupo focal serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos ao término do estudo, dentro de 5 anos.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal:  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:  
Orientador.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.

Parecer CEP/SD-FB nº 1432/934  
na data de 17/02/2016

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80063-240 |  
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DAS 22 REGIONAIS DE SAÚDE DA SESA PR

Eu, Amanda de Paula Boni Navarro, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você, profissional de saúde da SESA PR/22 **Regionais de Saúde**, a participar de um estudo intitulado Matriciamento em Saúde do Trabalhador: A experiência do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná.

Esta pesquisa é importante, pois por meio do Matriciamento em Saúde do trabalhador, é possível intensificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, em todos os âmbitos do SUS, a fim de se diminuir o adoecimento e mortes relacionadas ao trabalho.

O Matriciamento ou Apoio Matricial significa resumidamente a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. São profissionais especialistas cujo núcleo de conhecimento pode ser diferente daquele dos profissionais das equipes de referência, mas que se complementam, somando recursos para a resolução de problemas. Tal metodologia de trabalho foi proposta pelo Médico e Professor Gastão Wagner de Souza Campos, desde a década de 1990, em diversos trabalhos publicados.

Assim, o objetivo desta pesquisa é Compreender as ações de Matriciamento em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos profissionais do CEST e recebidas pelos profissionais de saúde das 22 Regionais de Saúde da SESA PR.

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário que você responda a um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, de forma individual e sigilosa, ou seja, a pesquisadora não saberá seu nome nem em qual das regionais de saúde você atua. Este questionário estará disponível na internet e espera-se que ele seja preenchido em aproximadamente meia hora. O link estará disponível no seu local de trabalho em um mural de fácil acesso.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal:  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:  
Orientador:

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 1412/23-4  
na data de 17/02/2016.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |  
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (tais como materiais de escritório) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

\_\_\_\_\_  
[Amanda de Paula Boni Navarro]

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 1412/934  
na data de 17/02/2016

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80090-240 |  
ccmetica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao fato de estar respondendo a perguntas referentes ao seu processo de trabalho, gerando um certo constrangimento ao longo da pesquisa. Por isso você pode interromper o preenchimento do questionário e não mais participar da pesquisa a qualquer momento. Lembrando, que em nenhum momento a pesquisadora saberá a sua identidade.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprimorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde que trabalham na Saúde do Trabalhador, por meio da discussão sobre o Matriciamento em Saúde do Trabalhador. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. Após a finalização da pesquisa, todos os profissionais de saúde das 22 Regionais de Saúde da SESA que recebem o matriciamento em saúde do trabalhador dos profissionais do CEST serão convidados a participar de uma reunião sobre os resultados do estudo.

A pesquisadora Amanda, responsável por este estudo poderá ser localizada no CEST, na Rua Barão do Rio Branco, nº 840, no centro de Curitiba, no telefone 32221225, no email amanda.navarro@sesa.pr.gov.br, em horário comercial, de segunda a sexta, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como a própria pesquisadora e seu orientador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

Os materiais obtidos por meio dos questionários serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos ao término do estudo, dentro de 5 anos.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: Orientador:	Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR. Parecer CEP/SD-PB nº _____ na data de <u>27 / 02 / 2016</u>
--	--

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
 CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |  
 cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (tais como materiais de escritório) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

\_\_\_\_\_  
[Amanda de Paula Boni Navarro]

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 1412/934  
na data de 17/02/2016

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |  
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259



## **APÊNDICE 2 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.**

### **Gestor:**

- 1) Descreva a sua Formação profissional, experiência profissional e atuação no CEST;
- 2) Descreva o seu processo de trabalho no CEST;
- 3) Qual é o seu entendimento sobre o conceito de Matriciamento ou Apoio Matricial?
- 4) Em quais fundamentos teóricos/ metodológicos ou práticos (experiências anteriores) o senhor se baseou para implantação do Matriciamento no CEST;
- 5) Fale sobre/ Descreva os pontos positivos do matriciamento;
- 6) Fale sobre/ Descreva os pontos negativos/ nós críticos/ fragilidades que dificultam a prática do matriciamento em ST;
- 7) Sugestões a respeito do tema;

### **Matriciadores:**

- 1) Descreva a sua Formação profissional, experiência profissional e atuação no CEST;
- 2) Descreva o seu processo de trabalho no CEST;
- 3) Qual é o seu entendimento sobre o conceito de Matriciamento ou Apoio Matricial?
- 4) Você acha que as suas ações podem ser consideradas AM?
- 5) Fale sobre/ Descreva os pontos positivos do matriciamento;
- 6) Fale sobre/ Descreva os pontos negativos/ nós críticos/ fragilidades que dificultam a prática do matriciamento em ST;
- 7) Sugestões a respeito do tema;

## APÊNDICE 3 - FORMULÁRIO ELETRÔNICO

12/09/2016 MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PAR...

### MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ (CEST)

Olá colega do CEREST, bem-vindo a minha pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva na UFPR!

Meu nome é Amanda Navarro e eu trabalho no CEST. Alguns de vocês já me conhecem.

O objetivo principal desta pesquisa é compreender as ações de Matriciamento em Saúde do Trabalhador (ST) no Âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), sob a perspectiva de quem apoia, de quem é apoiado e do gestor.

A sua participação é muito importante pois por meio desta pesquisa podemos aprimorar o nosso processo de trabalho.

Na próxima página encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deve ser lido e aceito por você antes de responder ao questionário.

O questionário é composto por 14 perguntas e você deve conseguir respondê-lo em aproximadamente 15 minutos.

ESTA PESQUISA PRESERVA TOTALMENTE O SEU ANONIMATO ( este programa envia os dados dos questionários para um banco de dados sem identificar o respondente), pode ficar tranquilo pois eu não saberei quem você é e nem a qual Regional de Saúde você pertence !

Desde já agradeço a sua atenção.

Obrigada.

\* Required

[Skip to question 1.](#)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Amanda de Paula Boni Navarro, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você, profissional de saúde da SESA, PR/22 Regionais de Saúde, a participar de um estudo intitulado Matriciamento em Saúde do Trabalhador: A experiência do Centro Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná.

Esta pesquisa é importante, pois por meio do Matriciamento em Saúde do trabalhador, é possível intensificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, em todos os âmbitos do SUS, a fim de se diminuir o adoecimento e mortes relacionadas ao trabalho.

O Matriciamento ou Apoio Matricial significa resumidamente a retaguarda especializada e equipes e profissionais de referência. São profissionais especialistas cujo núcleo de conhecimento pode ser diferente daquele dos profissionais das equipes de referência, mas que se complementam, somando recursos para a resolução de problemas. Tal metodologia de trabalho foi proposta pelo Médico e Professor Gestão Wagner de Souza Campos, desde a década de 1990, em diversos trabalhos publicados.

Assim, o objetivo desta pesquisa é Compreender as ações de Matriciamento em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos profissionais do CEST e recebidas pelos profissionais de saúde das 22 Regionais de Saúde da SESA-PR.

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário que você responda a um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, de forma individual e sigilosa, ou seja, a pesquisadora não saberá seu nome nem em qual das regionais de saúde você atua. Este questionário estará disponível na internet e espera-se que ele seja preenchido em aproximadamente 15 minutos.

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao fato de estar respondendo a perguntas referentes ao seu processo de trabalho, gerando um certo constrangimento ao longo da pesquisa. Por isso você pode interromper o preenchimento do questionário e não mais participar da pesquisa a qualquer momento. Lembrando, que em nenhum momento a pesquisadora

**130695918** MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ...  
saberá a sua identidade.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprimorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde que trabalham na Saúde do Trabalhador, por meio da discussão sobre o Matriciamento em Saúde do Trabalhador. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Após a finalização da pesquisa, todos os profissionais de saúde das 22 Regionais de Saúde da SEBA que recebem o matriciamento em saúde do trabalhador dos profissionais do CEST serão convidados a participar de uma reunião sobre os resultados do estudo.

A pesquisadora Amanda, responsável por este estudo poderá ser localizada no CEST, na Rua Barão do Rio Branco, nº 840, no centro de Curitiba, no telefone 33221225, no e-mail [amanda.ayres@cesstpr.gov.br](mailto:amanda.ayres@cesstpr.gov.br), em horário comercial, de segunda a sexta, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrar o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como a própria pesquisadora e seu orientador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

Os materiais obtidos por meio dos questionários serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos ao término do estudo, dentro de 5 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (tais como materiais de escritório) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/RS) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

1. Eu afirmo que concordo voluntariamente em participar deste estudo. Li o Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. \*

*(Mark only one oval.)*

- ☐ Aceito  
☐ Não aceito

## Caracterização dos participantes da pesquisa

2. Idade (anos) \*

*(Mark only one oval.)*

- ☐ De 18 a 30  
☐ De 31 a 40  
☐ De 41 a 50  
☐ De 51 a 60  
☐ Mais de 60 anos

12/08/2019 MATRICULAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PAR...

3. Sexo \*

Mark only one oval.

- ☐ Feminino  
☐ Masculino

4. Escolaridade \*

Marque apenas o seu maior nível de escolaridade

Mark only one oval.

- ☐ Ensino Médio/Técnico  
☐ Graduação  
☐ Especialização  
☐ Mestrado  
☐ Doutorado

5. Formação profissional \*

É possível marcar mais de uma opção

Check all that apply:

- ☐ Enfermagem  
☐ Auxiliar/ Técnico de Enfermagem  
☐ Medicina  
☐ Nutrição  
☐ Técnico de Segurança do Trabalho  
☐ Fisioterapia  
☐ Serviço Social  
☐ Farmácia  
☐ Odontologia  
☐ Técnico/ Inspetor em Saneamento  
☐ Assistente/Técnico administrativo  
☐ Agente de Saúde Pública  
☐ Técnico de Vigilância  
☐ Outro

6. Qual é o seu vínculo de trabalho com a SE SA ? \*

Mark only one oval.

- ☐ Estatutário  
☐ Contratado regime CLT ( Consolidação das Leis do Trabalho)  
☐ Funcionário Público Federal cedido ao Estado  
☐ Funcionário Público Municipal cedido ao Estado  
☐ Outro

10/09/2019 MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PAR...

12. 3 - Com que frequência você se comunica com o seu Matriciador do CEST ? \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensalmente
- ☐ Muito esporadicamente
- ☐ Não me comunica com o meu Matriciador do CEST

13. 4 - Descreva as principais situações que ocorrem no seu processo de trabalho em que você precisa entrar em contato com o seu Matriciador: \*

---



---



---



---

14. 5 - Descreva em poucas palavras o seu conhecimento sobre o Matriciamento em Saúde ou em Saúde do Trabalhador: \*

---



---



---

15. 6 - No seu ponto de vista, o Matriciamento exercido pelo CEST auxilia na execução das ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos CERE ST e RS ? \*

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Auxilia pouco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auxilia muito

16. 7 - O Matriciamento desenvolvido pelo CEST auxilia na execução das ações de Saúde do Trabalhador pelos CERE ST Macro Regionais e, por consequência, fortalece a Saúde do Trabalhador nos Municípios da sua área de abrangência. Sobre esta afirmação, escolha a alternativa que mais se aproxima da sua opinião: \*

*Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo

13069316 MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PAR...

17. 8 - O seu processo de trabalho mudou após a implantação do Matriciamento pelo CEST ?

★

*Mark only one oval.*

- ☐ Não mudou nada
- ☐ Mudou pouco
- ☐ Mudou bastante
- ☐ Não sei responder a esta pergunta
- ☐ Não sei responder a esta pergunta pois não estava na Saúde do Trabalhador antes da implantação do Matriciamento

18. 9 - Há pontos positivos no processo de trabalho do Matriciamento ? \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

19. 10 - Em caso de resposta positiva na questão anterior, você poderia descrever o principal ponto positivo do Matriciamento ?

---



---



---



---

20. 11 - Há pontos negativos no processo de trabalho do Matriciamento ? \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

21. 12 - Em caso de resposta positiva na questão anterior, você poderia descrever o principal ponto negativo do Matriciamento ?

---



---



---



---

12/06/2016 MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PAR...

22. 18 - A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria 1.828, de 28 de Agosto de 2012, descreve, na Seção II, das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas, no Art. 14 que Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador): " dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde " . Sobre esta afirmação, como você a compreende ? \*

---



---



---



---

23. 14 - Dúvidas, críticas e sugestões, as quais possam contribuir para o nosso processo de trabalho nos CEREST, registre aqui ! \*

---



---



---



---

### FIM !!

MUITO OBRIGADA, POR PARTICIPAR E CONTRIBUIR PARA ESTA PESQUISA. !!!!!

Agora você deve clicar em Enviar ( Submit) para finalizar !

Se você perceber algum problema no envio deste questionário favor entrar em contato com a pesquisadora por meio do email: [amandaibonnavero@gmail.com](mailto:amandaibonnavero@gmail.com) ou pelos telefones: 41-96130362 e 41-32221225. Estou à disposição para dúvidas e sugestões. Você receberá uma cópia da minha dissertação de mestrado ao término da Pesquisa.

Atenciosamente,  
Amanda Navarro.

Powered by  
 Google Forms

## ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SESA PR

HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A EXPERIÊNCIA DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ

**Pesquisador:** AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51700215.9.3001.5225

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.472.181

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPR a respeito das ações Matriciamento em Saúde do Trabalhador na Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA).

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender as ações de Matriciamento em Saúde do Trabalhador (ST) no âmbito da SESA, sob a perspectiva e quem apoia, de quem é apoiado e do gestor, refletindo sobre os desafios e potencialidades desta estratégia de trabalho para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisador aponta como risco o possível desconforto dos entrevistados.

Como benefícios, aponta possíveis melhorias dos processos de trabalho e de capacitações sobre o Matriciamento em Saúde do Trabalhador.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatórios:

Pesquisador apresenta TCLE, já corrigidos, conforme orientação anterior.

**Endereço:** Avenida República Argentina nº 4405 - Bloco Centro de Estudos

**Bairro:** Nova Mundo

**CEP:** 81.050-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41) 3212-5471

**E-mail:** cep@sesa.pr.gov.br



## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.472.001

Apresenta ainda a carta de concordância da instituição.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P ROJETO_634554.pdf	14/01/2016 15:26:39		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTAS_PESQUISADORA_PEND ENCIAS.pdf	14/01/2016 15:24:54	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_CONCORDANCIA_DA_IN STITUICAO_COPARTICIPANTE.PDF	14/01/2016 15:19:32	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_PROFISSIONAIS_DO_CE ST.doc	14/01/2016 15:19:02	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_PROFISSIONAIS_DAS_R S_SESA.doc	14/01/2016 15:18:47	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO_VERSAO_CE P_UFPR_3.docx	14/01/2016 15:18:19	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO P ROJETO_634554.pdf	07/12/2015 17:25:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCompletoVersaoCEPUF PR2.pdf	07/12/2015 17:25:02	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_ALTERACOES_SOLICITA DAS_PELo_CEP.doc	07/12/2015 17:16:06	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_TORNAR_PUBLIC O_OS_RESULTADOS.pdf	07/12/2015 17:13:05	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DO_CAMPO_DE_PES GUIA_ACEITANDO_A_PESQUISA.pdf	07/12/2015 17:12:44	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Declaração de	OFICIO_DO_PESQUISADOR_ENCAMI	07/12/2015	AMANDA DE PAULA	Aceito

**Endereço:** Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos  
**Cidade:** Nova Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5871 **E-mail:** cep@sesupr.gov.br

## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.472.161

Pesquisadores	HANDO_O_PROJETO_AO_CEP_SD.pdf	17:12:16	BONI NAVARRO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_634554.pdf	01/12/2015 10:13:45		Aceito
Dedaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_USO_DE_DADOS.JPG	01/12/2015 10:07:36	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	ANALISE_MERITO.pdf	01/12/2015 10:00:37	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	CHECK_LIST_DOCUMENTAL.PDF	01/12/2015 10:00:17	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	EXTRATO_DA_ATA_DA_UFPR_DO_LI TORAL.JPG	01/12/2015 09:59:59	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	EXTRATO_DA_ATA_DE_APROVACAO_UFPR.pdf	01/12/2015 09:59:43	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.JPG	01/12/2015 05:39:09	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DO_O RIENTADOR.JPG	01/12/2015 05:38:13	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Dedaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.JPG	01/12/2015 05:37:15	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	30/11/2015 15:24:47	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	30/11/2015 15:20:30	AMANDA DE PAULA BONI NAVARRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 31 de Março de 2016

Assinado por:  
silvânia klug pimentel  
(Coordenador)

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos  
Bairro: Novo Mundo      CEP: 81.050-000  
UF: PR      Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3212-5571      E-mail: cep@sesu.pr.gov.br